

TRAITÉ

DES

MALADIES DES REINS

TOME TROISIÈME.

TRAITÉ

DES

MALADIES DES REINS.

TOME TROISIÈME.

AVIS DE L'ÉDITEUR.

Désirant faciliter l'acquisition du TRAITÉ DES MALADIES DES REINS, nous vendons *le texte et l'atlas* séparément l'un de l'autre :

1° Le texte seulement, 3 forts volumes in-8. . . . 24 fr.

2° L'atlas, comprenant l'anatomie pathologique des reins, de la vessie, de la prostate, de l'urèthre, etc., publié en 12 livraisons, contenant chacune 5 planches grand in-folio, gravées et magnifiquement coloriées d'après nature, *avec un texte descriptif*. Ce bel atlas, composé de 60 planches grand in-folio, est complet. . . . . 192 fr.

OUVRAGES DE M. RAYER

qui se trouvent chez le même libraire,

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DE LA PEAU; *deuxième édition entièrement refondue. Paris*, 1835, 3 forts vol. in-8, accompagnés d'un bel atlas de 26 planches grand in-4, gravées et coloriées avec le plus grand soin, représentant, en 400 figures, les différentes maladies de la peau et leurs variétés. Prix du texte seul, 3 vol. in-8. . . . . 23 fr.

— Prix de l'atlas seul, avec explication raisonnée, grand in-4 cartonné. 70 fr.

— Prix de l'ouvrage complet, 3 vol. in-8 et atlas in-4, cartonné. . 88 fr.

DE LA MORVE ET DU FARCIN CHEZ L'HOMME. *Paris*, 1837, in-4, fig. col. 9 fr.

IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD, RUE GARANCIÈRE, 5.

TRAITÉ

DES

MALADIES DES REINS

ET

DES ALTÉRATIONS DE LA SÉCRÉTION URINAIRE,

ÉTUDIÉES EN ELLES-MÊMES

ET DANS LEURS RAPPORTS AVEC LES

MALADIES DES URETÈRES, DE LA VESSIE, DE LA PROSTATE,

DE L'URÈTHRE, ETC.

AVEC UN ATLAS IN-FOLIO;

PAR P. RAYER,

MÉDECIN DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ,

Médecin consultant du Roi, membre des Académies royales de Médecine de Paris et de Madrid, de la Société médicale de Londres, des Sociétés de médecine de Stockholm, de Caen, de Lyon, etc.

TOME TROISIÈME.

A PARIS,

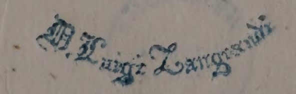
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, N. 27.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1841.




WELLCOME
LIBRARY
INSTITUTE


WELLCOME
HISTORICAL
MEDICAL
LIBRARY

TRAITÉ

DES

MALADIES DES REINS

ET DES ALTÉRATIONS

DE LA SÉCRÉTION URINAIRE.

PYÉLITE.

§ 634. La pyélite (de πύελος, *pelvis*), ou inflammation du bassinet et des calices, est une maladie distincte de la néphrite proprement dite, non-seulement par son siège et ses caractères anatomiques, mais encore par ses symptômes et par les accidens qu'elle détermine.

La pyélite se montre quelquefois à l'état aigu et plus souvent à l'état chronique. On peut en établir plusieurs espèces, bien distinctes, d'après le caractère de l'inflammation et d'après la nature des causes qui la produisent (pyélite *simple*, pyélite *calculeuse*, pyélite *blennorrhagique*, pyélite *gangréneuse*, etc.).

La pyélite peut attaquer un seul bassinet ou tous les deux, en occuper toute l'étendue, ou se borner à une portion de leur surface, ou même à un ou plusieurs calices.

§ 635. *Caractères généraux.*—Dans la pyélite *aiguë*, on observe les altérations suivantes :

La membrane muqueuse du bassinet et des calices est plus ou moins injectée. Parfois (Atlas, Pl. XI, fig. 1 ; Pl. XII, fig. 1) cette membrane offre une teinte rouge générale, due à un réseau vasculaire très serré, formé par l'entrecroisement d'un grand nombre de vaisseaux qui ne sont pas apparens dans l'é-

tat sain. D'autres fois, on remarque sur cette membrane des taches rouges, constituées par une trame très serrée de petits vaisseaux que l'œil ne peut distinguer qu'avec beaucoup de difficulté sans l'aide de la loupe. Ces rougeurs vasculaires ont quelquefois une très petite dimension, et apparaissent alors comme des points rouges disséminés à la surface de la membrane muqueuse (ATLAS, Pl. XI, fig. 3).

Indépendamment de ces hypérémies, on remarque quelquefois sur la membrane muqueuse de petites pétéchies ou de véritables ecchymoses (ATLAS, Pl. XV, fig. 1); parfois même, on trouve une certaine quantité de sang épanché dans la cavité du bassinet ou des calices, ou mélangé avec l'urine. On rencontre surtout ces pétéchies, ces ecchymoses et ces dépôts sanguins dans les pyélites ou dans les pyélo-néphrites gangréneuses, produites par des poisons morbides, soit dans le charbon, soit dans la variole, soit dans la scarlatine maligne, pétéchiale et hémorrhagique.

Dans l'inflammation aiguë du bassinet, on voit quelquefois la surface interne de la membrane muqueuse fortement injectée, couverte çà et là de dépôts partiels de pseudo-membranes plus ou moins adhérentes, blanchâtres ou grisâtres (ATLAS, Pl. XII, fig. 10; Pl. XVII).

Dans les formes aiguës de l'inflammation du bassinet, l'épaississement de la membrane muqueuse est ordinairement peu marqué; il n'existe point de rétrécissement très sensible, soit des orifices des calices dans le bassinet, soit de ce réservoir lui-même, soit du commencement de l'uretère; mais dans la pyélite-aiguë pseudo-membraneuse, un ou plusieurs des orifices de ces conduits peuvent être rétrécis ou complètement obstrués.

Lorsque la pyélite aiguë est survenue à la suite d'une rétention d'urine, le bassinet et le calices sont toujours plus ou moins dilatés, et les mamelons plus ou moins affaissés (ATLAS, Pl. XI, fig. 1). Cette dilatation du bassinet et des calices, et cet affaissement des mamelons sont beaucoup plus marqués dans la pyélite chronique (voyez : PYÉLITE CHRONIQUE).

Le ramollissement, l'ulcération et la perforation du bassinet

n'ont été observés que dans des cas rares de pyélite calculeuse chronique, devenue aiguë, ou dans la pyélite primitivement gangréneuse.

Le tissu cellulaire sous-muqueux du bassinet et des calices est quelquefois infiltré de sérosité ou de pus, dans la pyélite très aiguë; alors les substances rénales offrent souvent elles-mêmes des lésions inflammatoires (voyez : PYÉLO-NÉPHRITE).

Dans la pyélite aiguë, l'urine contenue dans le bassinet et les calices est toujours mélangée d'une certaine quantité de mucus purulent ou de pus, et quelquefois même de sang. Lorsque le mucus, le pus et le sang ne sont pas visibles à l'œil nu, on peut, à l'aide de l'inspection microscopique, constater la présence des globules purulens et celle des globules sanguins. Quant aux autres propriétés physiques et chimiques de l'urine, elles ne sont pas les mêmes dans toutes les espèces de pyélite : tantôt l'urine contient des urates, en poudre amorphe, tantôt des cristaux d'acide urique, tantôt des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, tantôt enfin de l'albumine.

§ 636. L'aspect le plus ordinaire de la membrane muqueuse du bassinet, dans la *pyélite chronique,* ancienne et bien caractérisée, est une teinte, générale ou partielle, d'un blanc mat. Les rougeurs qu'on observe dans quelques pyélites chroniques, ne sont jamais aussi vives que celles que l'on voit dans la pyélite aiguë : jamais le réseau vasculaire n'est aussi développé; mais les vaisseaux principaux qui le composent sont souvent d'un plus grand calibre et comme variqueux (ATLAS, Pl. XIII, fig. 9).

Les veines qui rampent à l'extérieur du rein, acquièrent quelquefois de grandes dimensions et forment de larges mailles autour du bassinet et de l'uretère (ATLAS, Pl. XIII, fig. 3).

Souvent la membrane muqueuse du bassinet et des calices offre, dans une étendue plus ou moins considérable, une teinte rouge brunâtre, et les vaisseaux qui se dessinent à sa surface ont quelquefois une teinte bistre assez prononcée.

Dans les pyélites chroniques, très anciennes, il n'est pas rare d'observer, dans le bassinet, un certain nombre de taches grises ou ardoisées (ATLAS, Pl. XVII; Pl. XVIII, fig. 5).

Dans les pyélites chroniques, avec *distension du bassinet* et des calices par du pus ou de l'urine purulente, le bassinet et les espèces de loges formées par les calices dilatés, ont intérieurement un aspect d'un blanc mat, bien différent de la teinte blanche, légèrement bleuâtre, demi transparente, naturelle à ces parties. La membrane muqueuse, sensiblement épaissie, ne laisse entrevoir à sa surface ou derrière elle aucune trace de vaisseaux (Atlas, Pl. xii, fig. 8; Pl. xiii, fig. 2; Pl. xv, fig. 4).

L'épaississement de la membrane muqueuse est quelquefois si considérable que les ouvertures des calices dans le bassinet sont extrêmement rétrécies; quelquefois même ces conduits sont transformés en des cordons fibreux (Atlas, Pl. xii, fig. 8).

J'ai quelquefois observé dans la pyélite chronique et plus rarement dans la pyélite aiguë, à la surface de la membrane muqueuse enflammée, une éruption de vésicules transparentes, du volume d'une tête d'épingle, contenant un liquide aqueux, semblables à des sudamina (Atlas, Pl. xi, fig. 2); on en rencontre aussi dans d'autres circonstances.

J'ai fait représenter (Atlas, Pl. x, fig. 1) un cas de néphrite albumineuse, dans lequel le bassinet offrait plusieurs petites ulcérations, et contenait des graviers d'acide urique. J'ai également observé un assez grand nombre d'ulcérations dans le bassinet et les calices d'un rein dont les mamelons eux-mêmes étaient le siège d'une altération très remarquable (Atlas, Pl. xi, fig. 6). Plusieurs de ces mamelons avaient éprouvé une dégénérescence analogue à celle qu'on désigne sous le nom de colloïde. En effet, ils étaient transformés en une matière jaunâtre, opaque, mélangée d'une autre substance d'apparence vésiculeuse et semi-transparente. Le dépôt de ces matières accidentelles se prolongeait dans la direction des fibres de la substance tubuleuse, et les stries voisines de l'altération offraient une teinte rouge, morbide, très prononcée; le sommet de plusieurs mamelons était complètement détruit et ulcéré. Je n'ai rencontré qu'une seule fois cette altération chez l'homme, mais je l'ai plusieurs fois observée dans les reins de bœuf (Atlas, pl. xxxv, fig. 6 et 7).

A la suite des ulcérations du bassinet et des calices, les parois de ces conduits peuvent être détruites dans toute leur épaisseur, en un ou plusieurs points, comme lorsqu'ils sont frappés de gangrène. Il s'établit alors une ou plusieurs fistules rénales qui communiquent, soit dans le tissu cellulaire ambiant sous-péritonéal, soit dans la cavité du péritoine, soit dans le duodénum ou le gros intestin, etc. L'urine en s'épanchant provoque, soit une périnéphrite, soit une péritonite, soit des vomissemens urineux, soit enfin des selles mélangées de pus et d'urine.

Ces accidens peuvent avoir lieu sans que les calices et le bassinet aient éprouvé une dilatation véritable, et sans que le rein ait acquis des dimensions plus considérables que dans l'état sain (ATLAS, Pl. XX, fig. 1). Toutefois, c'est presque toujours à la suite de l'atrophie des substances rénales et de la transformation du bassinet et des calices en une poche multiloculaire, remplie de pus ou d'urine purulente, que les perforations rénales s'opèrent et que les fistules rénales s'établissent (Voyez : FISTULES RÉNALES).

Les ulcérations des calices et du bassinet sont susceptibles de se cicatriser. Quelques cicatrices apparaissent comme de simples dépressions à surface grenue et irrégulière, d'une teinte grisâtre, et qu'on pourrait couvrir avec la tête d'une épingle; d'autres cicatrices, d'une plus grande dimension, sont d'un blanc mat ou nacré, et présentent des dépressions et des lignes saillantes, convergentes ou disposées en étoile (ATLAS, Pl. XIII, fig. 9).

Dans la pyélite chronique, avec obstacle au cours de l'urine, les calices et le bassinet se dilatent, et les substances rénales s'atrophient. Le bassinet et les calices, distendus de plus en plus, finissent par être transformés en une poche multiloculaire dont les loges ne communiquent entre elles que par l'intermédiaire du bassinet quelquefois énormément dilaté. Les rapports de cette poche avec les parties environnantes varient suivant les dimensions qu'elle a pu acquérir. Le rein droit, dilaté, peut refouler le foie vers la poitrine, et contracter des adhérences avec cet organe; le pus ou l'urine purulente contenue dans la poche rénale peut s'épancher par une ou plu-

sieurs ouvertures au-dessous du foie, et ce dépôt peut communiquer avec des abcès situés dans l'intérieur de cet organe (ATLAS, Pl. XX, fig. 1 et 2) et même dans l'intérieur des bronches. En dedans, la tumeur rénale, contiguë au duodénum, peut s'ouvrir également dans cette portion de l'intestin grêle. En bas, elle peut s'étendre de manière à soulever au devant d'elle le cœcum (ATLAS, Pl. XIII, fig. 11), et se faire sentir vers l'arcade crurale. Dans quelques cas, les dimensions de ces poches rénales peuvent être assez exactement appréciées à l'aide du palper et de la percussion.

Lorsque l'inflammation attaque le bassinet et les calices du rein gauche, il peut se dilater supérieurement, contracter des adhérences avec la face inférieure du diaphragme, en même temps que la face supérieure de ce muscle s'unit avec la base du poumon. A la suite d'un semblable travail, on a vu de l'urine purulente et du pus, provenant du rein gauche, rendus par expectoration (ATLAS, Pl. LI).

Les matières contenues dans le bassinet se fraient ordinairement d'autres issues : souvent la poche rénale se perfore à sa partie postérieure ; le pus et l'urine purulente s'épanchent dans le tissu cellulaire extra-péritonéal (voyez : PÉRINÉPHRITE) ; dans quelques cas, ils fusent vers l'arcade crurale, et plus fréquemment ils forment un abcès urineux dans la région lombaire. Lorsqu'on n'ouvre point ces collections urineuses et purulentes, s'il ne survient pas d'inflammation du péritoine ou d'autres parties voisines qui hâtent la mort, il s'établit une ou plusieurs fistules aux lombes, à moins que le pus ne se fasse jour dans le colon, mode de terminaison qui n'est pas très rare (ATLAS, Pl. XIX) (Voyez : FISTULES RÉNALES).

Les matières qu'on peut rencontrer dans le bassinet et les calices enflammés sont :

1° De l'urine trouble, plus ou moins chargée de mucus. Abandonnée à elle-même, elle donne un sédiment formé, en grande partie, d'une matière qui, au microscope, offre un grand nombre de globules muqueux ou purulens, lors même qu'elle a l'apparence d'une gelée demi transparente.

2° Du pus mélangé en plus ou moins grande quantité avec

l'urine et quelquefois avec une certaine quantité de sang, presque sans trace d'urine. Il est plus ou moins filant ou glaireux, lorsqu'il est devenu très alcalin par la putréfaction ou le développement de l'ammoniaque. Dans d'autres circonstances, le pus, par un séjour long-temps prolongé dans le bassinet et les calices, se transforme en une matière d'un blanc laiteux ou jaunâtre, ayant la consistance des fromages mous. Si, après avoir délayé cette matière dans l'eau, on l'examine au microscope, on distingue dans cette humeur des globules purulens, en petit nombre, et une bien plus grande quantité de granulations provenant probablement d'une sorte de détritus des globules de pus (1).

3° Du sang ou plusieurs de ses élémens en proportion variable. Dans quelques cas on reconnaît, par l'inspection microscopique, l'existence des globules sanguins, lorsque la présence du sang ne peut être soupçonnée à l'œil nu.

4° Des calculs dont la forme se moule sur celle des cavités

(1) Dans un cas de pyélite calculeuse, j'ai trouvé le rein gauche énormément distendu, pesant 500 grammes environ. Sa surface était rouge, surmontée de gros mamelons du volume d'une noisette. La capsule fibreuse était extrêmement adhérente au tissu du rein et paraissait comme confondue avec lui. Les mamelons présentaient une sorte de fluctuation au toucher. Le bassinet et les calices contenaient une matière d'un jaune sale, semblable à une bouillie très épaisse, qui recouvrait un calcul de forme irrégulière, et dont la surface était noire. Les calices, énormément dilatés, communiquaient avec le bassinet au moyen d'une ouverture large dans quelques-uns, et ayant seulement les dimensions d'une grosse plume à écrire dans quelques autres. Les membranes des calices, denses, résistantes, épaisses et comme cartilagineuses dans quelques points, étaient contiguës les uns aux autres, et les substances rénales complètement atrophiées. Le bassinet, très distendu et rempli de pus solide, pouvait loger un œuf. Sa membrane interne était blanchâtre, épaissie, résistante, comme un fibro-cartilage. Un calcul noir, irrégulier, du volume d'une noix, était engagé dans l'orifice de l'uretère, qui, au-dessous, était oblitéré, dans l'espace de six lignes environ. Plus bas, les parois de ce conduit étaient épaissies, et son calibre rétréci. De petits calculs noirs, s'écrasant pour la plupart assez facilement, variant pour le volume entre celui d'un grain de millet et celui d'un gros pois, se trouvaient au milieu du pus, dans le bassinet et dans les calices.

qu'ils remplissent; ils présentent des branches plus ou moins considérables, et sont presque tous terminés par un renflement (ATLAS, Pl. XIV). La partie la plus volumineuse de ces calculs est presque toujours située dans la cavité du bassinet.

5° La cavité du bassinet peut aussi contenir des sables ou des graviers, le plus souvent libres, et en suspension dans le pus ou dans l'urine purulente; ces sables forment quelquefois, à la face interne de la poche rénale, de véritables dépôts ou des espèces d'incrustations de diverse nature, mais le plus souvent phosphatiques (ATLAS, Pl. XVII; Pl. XVIII, fig. 5, et Pl. XIX). Ces matières salines forment aussi quelquefois, avec du pus, du mucus ou du sang altéré, une espèce de bouillie noirâtre, étendue sur les calculs ou sur les parois de la poche (ATLAS, Pl. XII, fig. 2).

6° Dans d'autres circonstances, la cavité du bassinet et des calices dilatés renferme une espèce de bouillie blanchâtre qui est formée principalement par une matière saline amorphe (phosphate de chaux), mélangée avec quelques matières animales; dans un cas particulier, Brande a reconnu que cette bouillie blanchâtre était du carbonate de chaux presque pur. Lorsqu'on brûle cette matière blanche, elle noircit d'abord, et le résidu, lorsqu'il est incinéré au contact de l'air, offre une couleur blanchâtre.

7° D'autres corps étrangers, des acéphalocystes, des strongles, etc., existent quelquefois, mais bien plus rarement que des calculs, dans la cavité du bassinet dilaté et enflammé.

Dans la pyélite chronique, les substances corticale et tubuleuse sont quelquefois enflammées (Voyez : PYÉLO-NÉPHRITE).

Par suite de l'accumulation du pus ou de l'urine purulente dans la cavité du bassinet et des calices, les substances rénales éprouvent une atrophie qui peut être bornée à une d'elles ou les atteindre toutes les deux, de manière que le rein semble transformé en une poche membraneuse sur laquelle on distingue parfois encore quelques débris de substance corticale. Ce sont ces cas qui ont été considérés comme des fontes purulentes des reins par suite d'ulcérations de ces organes.

Enfin, la pyélite chronique peut déterminer une autre es-

pèce d'atrophie rénale : le rein d'un adulte, tout en conservant sa forme naturelle, se trouve réduit à des dimensions moindres que celles d'un rein de nouveau-né, tandis que le bassinet dilaté présente les caractères de la pyélite chronique et notamment un épaississement considérable de ses membranes (ATLAS, Pl. XXVI, fig. 2).

La pyélite peut être produite par une affection cancéreuse du rein, ou coïncider avec elle (ATLAS, Pl. XIII, fig. 10). Elle accompagne quelquefois la dégénérescence tuberculeuse (ATLAS, Pl. XLIV, fig. 1). Dans de semblables cas, après qu'on a enlevé, par le lavage, la matière purulente, mélangée ou non de détritus de tubercules, déposés dans la cavité du bassinet ou des calices, il reste une certaine quantité de matière tuberculeuse, adhérente à la membrane muqueuse de ces conduits, qui le plus souvent est ulcérée en plusieurs points.

§ 637. Il est rare que les individus qui meurent avec une pyélite aiguë ou chronique, ne présentent pas d'autres altérations des voies urinaires. Dans les pyélites consécutives aux lésions de la vessie, de l'urèthre, ou de la prostate, les deux bassinets sont presque toujours affectés ; mais, ordinairement, il y a une différence remarquable dans l'altération des deux conduits excréteurs. L'altération est toujours plus ancienne ou plus considérable dans l'un d'eux, sans qu'il soit possible, dans un grand nombre de cas, d'assigner la cause de cette différence. Dans les cas de pyélite calculeuse, l'un des reins est souvent profondément altéré, tandis que celui du côté opposé, et son conduit excréteur, sont sains, mais hypertrophiés.

Quant aux lésions des autres parties du corps, la péritonite (qu'il y ait ou non perforation des calices ou du bassinet) est de toutes les lésions *consécutives*, la plus commune. Les inflammations du gros intestin sont aussi très fréquentes dans la dernière période de la maladie.

De même encore, on voit survenir des pleurésies, des bronchites ultimes et des hépatites.

On observe rarement des altérations notables du cerveau ou de ses membranes, quoiqu'il survienne quelquefois, dans la dernière période de la maladie, des symptômes cérébraux. Le

développement de ces symptômes paraît lié à une altération du sang, consécutive au dérangement de la sécrétion urinaire.

§ 638. *Caractères spéciaux.* — Les symptômes de la pyélite et les accidens plus ou moins variés qu'elle peut présenter dans son cours, soit à l'état aigu, soit à l'état chronique, ont un rapport si direct et si intime avec la nature de la cause de l'inflammation du bassinet et des calices, que, au point de vue de la pratique, c'est une nécessité de rattacher la description des diverses espèces de cette inflammation à une condition étiologique. Or, les pyélites peuvent être rangées en deux séries, bien distinctes. La première comprend les cas d'inflammation du bassinet et des calices *produite par des corps étrangers :* par un ou plusieurs calculs, par des vers, par des acéphalocystes, ou par la rétention de l'urine. Dans la seconde, je range tous les cas d'inflammation du bassinet et des calices, *indépendans de la présence d'un corps étranger* appréciable à nos sens; telles sont les pyélites consécutives aux inflammations spécifiques de l'urèthre et de la vessie; telles sont certaines inflammations du bassinet produites par l'absorption des cantharides, et celles, beaucoup plus graves et dont la terminaison est souvent gangréneuse, qui surviennent quelquefois dans les maladies charbonneuses, ou dans les cas de résorption purulente chez les nouvelles accouchées. Sans doute les pyélites comprises dans ce dernier groupe sont bien différentes les unes des autres par leur nature et par leur inégale gravité : en les réunissant dans un seul groupe, je n'ai eu d'autre but que de les séparer des pyélites produites par des corps étrangers.

Pyélites produites par des corps étrangers.

§ 639. De toutes ces espèces de pyélite, celle qui offre sans contredit le plus d'intérêt est la pyélite *calculeuse* (*nephritis calculosa*, des auteurs).

Pyélite calculeuse.

§ 640. Du sable, des graviers ou de véritables calculs, de

diverse nature, contenus dans les calices ou le bassinet, sont les causes de cette inflammation.

A l'ouverture du corps d'individus qui, dans le cours d'une maladie étrangère aux voies urinaires à laquelle ils avaient succombé, avaient offert, indépendamment des symptômes de l'affection principale, les symptômes de la pyélite aiguë (douleur dans la région d'un des reins ou des deux reins, avec excrétion d'une urine chargée de mucus, sans lésion de la vessie ou de l'urèthre), j'ai plusieurs fois trouvé, dans les calices et dans le bassinet notablement élargis et dont les parois étaient rouges et vasculaires, un *sable* fin, le plus souvent d'un jaune rougeâtre.

Ordinairement, quand du sable est ainsi déposé dans ces conduits, un ou plusieurs petits calculs existent, soit dans un calice, soit dans le bassinet ou dans l'uretère, dont ils rétrécissent ou oblitèrent la cavité.

D'autres fois (surtout dans des cas où, pendant la vie, on a observé des symptômes de pyélite chronique), au lieu de sable urique, on trouve, dans le bassinet, un dépôt blanc, amorphe, semblable à de la craie délayée dans de l'eau, et qui, le plus souvent, est formé de phosphate de chaux. Cette matière est quelquefois en quantité assez considérable pour remplir, avec une petite quantité de pus, le bassinet distendu. En ce cas, presque toujours un calcul oblitère ou rétrécit notablement, dans un point, le conduit excréteur de l'urine, et ce calcul est presque toujours formé d'un mélange de phosphate ammoniaco-magnésien et de phosphate de chaux.

§ 641. De petites agglomérations plus ou moins denses de cristaux ou de matières amorphes, insolubles (*graviers*), arrêtées dans les calices, le bassinet ou l'uretère, sont une des causes fréquentes de la pyélite. Le plus souvent, ces graviers sont irrégulièrement arrondis, de manière à offrir deux faces sur lesquelles ils se reposent plus facilement quand on les met sur un plan légèrement incliné. Souvent aussi ces graviers paraissent composés de plusieurs noyaux agglomérés (ATLAS, Pl. XIV, fig. 15, 16 et 20). Tantôt ils sont lisses et comme vernis; d'autres fois, ils sont irréguliers et hérissés d'une foule de

petites aspérités cristallines, sensibles au doigt et visibles à l'œil nu ou à la loupe. Quand on regarde leur circonférence au microscope et à un faible grossissement, on voit que ces aspérités sont dues à de très petits cristaux. Ces graviers sont presque toujours composés d'acide urique lorsqu'ils sont jaunes, et de phosphate ammoniaco-magnésien, lorsqu'ils sont blancs, grisâtres et brillans. Les gros graviers très rudes au toucher sont presque toujours formés de phosphate ammoniaco-magnésien ou d'oxalate de chaux, ou de graviers uriques encroûtés de ces sels.

Les graviers de cystine sont jaunes et légèrement transparens.

Dans la pyélite chronique, les graviers, ou au moins leurs couches extérieures, sont souvent composés de phosphate de chaux ou de phosphate ammoniaco-magnésien, ou de ces deux sels réunis, lorsque l'urine est alcaline.

Les graviers bruns, ou d'un brun grisâtre, sont souvent composés d'oxalate de chaux coloré par du sang ou des matières animales.

Les autres qualités physiques des graviers sont très variées, même dans une même espèce. Ainsi, les graviers d'acide urique sont quelquefois formés de cristaux si faiblement agglomérés, qu'une pression un peu forte peut les briser; le centre de ces graviers est creux ou moins compacte que leur circonférence. D'autres fois, ces mêmes graviers sont extrêmement durs et solides, et sur une coupe faite avec soin on distingue un certain nombre de couches concentriques composées souvent d'une même matière plus ou moins pure, ayant des teintes plus ou moins foncées. Quand les diverses couches ont une composition différente, presque toujours le noyau est formé par un très petit gravier d'acide urique, et les autres couches, par des phosphates amorphes ou cristallisés. On peut souvent reconnaître, dans ces graviers, des couches alternatives d'acide urique et de phosphates. On voit aussi, mais rarement, ces graviers avoir, pour noyau, un petit caillot de sang altéré, ou de l'oxalate de chaux.

§ 642. Les *calculs rénaux*, comme les graviers, peuvent oc-

cuper les calices, le bassinet ou le goulot de l'uretère. Ces calculs offrent une grande variété dans leur volume, dans leur forme et dans leur couleur.

Les petits calculs qu'on trouve dans les calices sont le plus souvent arrondis ou ovalaires. Souvent, une de leurs extrémités est plus volumineuse que l'autre. Le plus souvent lisses et polis à leur surface, les calculs rénaux peuvent présenter des inégalités plus ou moins prononcées et des prolongemens semblables à des apophyses (ATLAS, Pl. XIV, fig. 22, 29 et 11).

A mesure que les calculs rénaux augmentent de volume, et que les calices se dilatent, la substance tubuleuse contiguë s'aplatit contre le calcul, qui prend une forme tellement caractéristique, qu'on peut affirmer que telle ou telle portion s'est développée dans un calice. L'extrémité du calcul appliquée contre le mamelon est aplatie et présente parfois plusieurs facettes, qui forment, les unes avec les autres, des angles obtus. Ces facettes sont souvent entourées par une sorte de rebord, ou, au moins, elles offrent une circonférence nettement dessinée, supportée par un rétrécissement ou col, qui correspond à l'extrémité du calice. Ces facettes, le plus souvent légèrement convexes, sont quelquefois irrégulièrement concaves, lorsqu'elles se sont adaptées de bonne heure à la convexité de la substance mamelonnée, non encore affaissée (ATLAS, Pl. XIV, fig. 7).

Une fois qu'un calcul a pris cet accroissement dans un calice, il est à-peu-près impossible qu'il passe dans le bassinet, et il continue de s'accroître. Quand plusieurs mamelons sont embrassés par un même calice, presque toujours le calcul, augmentant de volume et s'opposant au libre cours de l'urine, comprime ces mamelons, et présente des renflemens qui correspondent à chaque cône de la substance tubuleuse, déprimée. Ces mamelons des calculs rénaux sont supportés par un rétrécissement ou col; celui-ci se termine par une espèce de queue qui fait une petite saillie dans le bassinet (ATLAS, Pl. XIV, fig. 11 et 16).

A mesure qu'un calice se distend, en se remplissant d'urine ou de matière calculeuse, d'autres calices, sous l'influence

de la même cause, s'affectent quelquefois à leur tour. La compression exercée sur un calice par un calcul situé dans un calice voisin, contribue parfois à la formation d'un nouveau calcul; ce nouveau calcul étant formé dans un second calice, les petits prolongemens ou queues que ces calculs envoient dans le bassinet, finissent par se toucher et par se réunir. Le plus souvent, ce sont deux calculs qui se réunissent ainsi; d'autres fois, un plus grand nombre de concrétions calculeuses des calices s'agglomèrent ainsi en une seule masse dans le bassinet. Ces calculs ont le plus souvent une espèce de pédicule arrondi, d'autres fois aplati, sur lequel se réunissent, à angle droit ou plus ou moins aigu, deux ou trois têtes, qui offrent quelquefois une analogie frappante avec les extrémités de certains os d'animaux (ATLAS, Pl. XIV, fig. 8, 9, 10, 11 et 12). On voit aussi parfois les calculs de deux calices, placés l'un vis-à-vis de l'autre, se réunir ensemble d'une manière différente: les prolongemens qu'ils envoient dans le bassinet se rencontrent, et les calculs se confondent sans offrir de queue dans la cavité du bassinet (ATLAS, Pl. XIV, fig. 14). Ces calculs ne peuvent jamais être rendus spontanément pendant la vie; c'est même avec la plus grande difficulté qu'on peut les extraire après la mort, en coupant le tissu rénal atrophié et induré; ils se rompent, surtout dans leurs cols embrassés étroitement par les calices épaissis : circonstance que j'aurai l'occasion de rappeler lorsque je traiterai de la néphrotomie.

Enfin, il arrive quelquefois que le bassinet est lui-même rempli par un calcul qui, en s'agglomérant avec d'autres calculs des calices, forme un tout très irrégulier, ayant diverses apparences, selon la position respective des calices affectés. Tantôt c'est un prolongement conique terminé en pointe inférieurement, et sur lequel on voit s'enter, à angle droit, une sorte d'appendice aussi volumineux que l'autre branche du calcul. Sur l'extrémité de cet appendice, on aperçoit des facettes plus ou moins nombreuses, en tout semblables à celles que j'ai décrites comme s'étant formées dans les goulots des calices (ATLAS, Pl. XIV, fig. 2, 3, 4 et 5).

D'autres fois, au lieu d'offrir un seul prolongement, les cal-

culs du bassinet s'étendent dans un ou plusieurs calices, et prennent alors les apparences les plus extraordinaires; apparences qui les ont fait comparer aux branches de corail, au bois des cerfs, etc. Dans tous ces cas, une portion du calcul, dont les dimensions sont ordinairement plus considérables que celles d'aucune autre portion du calcul prise séparément, est disposée plus ou moins verticalement. Cette portion, qui occupe la cavité du bassinet et le commencement de l'uretère, présente souvent une sorte de rigole ou de canal creusé dans son épaisseur. On a même vu cette portion du calcul engagée dans le goulot de l'uretère être perforée, comme pour laisser plus facilement couler l'urine et le pus qui se sécrète dans le bassinet enflammé.

Cette portion du calcul est quelquefois assez régulièrement cylindrique et ne présente pas d'étranglement notable; d'autres fois, elle en offre un bien marqué qui correspond à l'endroit où le bassinet, d'abord plus ou moins horizontalement placé, se contourne pour se continuer avec le commencement de l'uretère. Presque toujours, dans cet endroit, l'uretère est très ample et dilaté, au point que ses dimensions sont plus considérables que celles du bassinet lui-même (ATLAS, Pl. XIV, fig. 6).

Quelquefois les extrémités correspondantes des calculs du bassinet et des calculs des calices, bien que contiguës, ne forment pas corps ensemble, et sont comme articulées; l'une d'elles offre une cavité dans laquelle se trouve logée l'extrémité convexe de l'autre (ATLAS, Pl. XIV, fig. 13).

Enfin lorsque les calculs rénaux ont acquis des dimensions énormes et pèsent plusieurs onces, ils offrent moins distinctement (ATLAS, Pl. XIV, fig. 1 et 34), que dans les cas où ils sont moins volumineux, la forme *branchue*, qui rend ces calculs facilement reconnaissables. La substance rénale s'atrophiant de plus en plus, sans se dilater, le rein prend la forme d'une poche irrégulière que remplit complètement le calcul.

Les calculs renfermés dans l'uretère sont ordinairement petits, allongés et irrégulièrement cylindriques. Souvent ils obstruent plus complètement le passage de l'urine qu'un calcul

plus volumineux situé dans le bassinet et les calices. La couche extérieure de ces calculs est souvent noire.

La structure et la composition chimique des calculs rénaux sont très variées (Voyez : CALCULS). A la coupe, ils offrent presque toujours des couches irrégulièrement concentriques. Quelquefois une portion d'un calcul a une composition tout-à-fait différente d'une autre portion du même calcul (ATLAS, Pl. XIV, fig. 5). La couche la plus interne, ou noyau, est souvent composée d'acide urique ; des phosphates occupent très communément les couches extérieures des calculs un peu volumineux.

Les calculs phosphatiques sont souvent friables et offrent quelquefois des creux ou des interstices dans leur intérieur.

§ 643. J'exposerai avec détails, dans une autre partie de cet ouvrage, les *causes* des calculs rénaux; pour le moment, je me bornerai à faire remarquer, d'une part, que la diathèse urique ou goutteuse, et d'autre part, les inflammations des diverses parties des voies urinaires, de l'urèthre, de la prostate, de la vessie qui se propagent si facilement aux reins, sont les causes les plus fréquentes de la pyélite calculeuse.

La pyélite calculeuse a été observée à tous les âges, chez le fœtus (1), chez les enfans (2), les adultes et les vieillards ; mais

(1) Pierre Frank dit qu'un médecin hollandais a trouvé des calculs rénaux dans des fœtus de cinq à six mois (*Epitome*, trad. franç., t. V, p. 473, *Rétentions hétérogènes*) ; et il ajoute qu'un de ses prédécesseurs, dans l'Académie de Goettingue, rapporte l'histoire de deux enfans, l'un âgé de deux jours, l'autre de huit, qui moururent au milieu des convulsions excitées par la sortie de petits calculs. Walther (*Journ. de Græfe*, t. I, p. 407) a trouvé de petits calculs dans les reins d'un fœtus de huit mois.

(2) Löseke (*Obs. anat. chir. med. nov. et rarior.*, p. 30) a trouvé un calcul rénal chez un enfant nouveau-né. Riedlin (*Lineæ medicæ*, 1694, OBS. XXX, p. 312) a trouvé aussi un calcul chez un enfant d'un an environ. Le docteur Prael de Braunschweig a rencontré plusieurs calculs dans les deux reins d'une fille de six mois (*Bulletin de Férussac*, t. X, p. 328). Harder (cité par Lieutaud, *Hist. med.*, t. I, c. 271) fait mention d'un enfant de trois mois qui éprouvait des symptômes de néphrite : cet enfant mourut à l'âge de deux ans, on trouva beaucoup de sable dans le rein gauche et un calcul à l'entrée

plus souvent dans un âge avancé qu'à toute autre époque de la vie. On a dit que le rein gauche était plus souvent affecté que le rein droit, ce qui, pour moi, n'est pas démontré (1).

Le dépôt et l'agrégation des sels dans les calices et le bassinet sont rendus plus faciles, non-seulement par certaines constitutions de l'urine, mais encore par la présence accidentelle, dans cette humeur, de matières animales étrangères, telles que du sang, du mucus, du pus, etc. Aussi a-t-on vu des pyélites calculeuses survenir après les blessures du bassinet, des coups sur la région rénale ou après de fortes contractions des muscles de la région lombaire, etc.

Les calculs (et sous ce nom je comprends aussi les graviers) peuvent occuper un ou plusieurs calices sans être réunis et sans apporter obstacle au passage de l'urine dans l'uretère; dans ce cas, l'inflammation est ordinairement bornée aux parties contiguës aux calculs. Tantôt, au contraire, le calcul pourvu

de l'uretère. M. Wackenroder (*Neue Jahrbuecher der Chemie und Pharmacie*, B. VIII, S. 407; B. IX, S. 7 et 67), a fait l'analyse d'un calcul trouvé dans le rein d'un enfant de sept semaines. On lit dans les *Ephémérides des curieux de la nature* (t. IV, p. 544) que des calculs rénaux furent trouvés chez un enfant de trente semaines.

(1) Boerhaave (*Prælectiones ad instit.*, § 352) a pensé que, lorsqu'un seul rein était affecté, c'était le plus ordinairement celui du côté gauche. Charles Lepois (*Obs. de morbis a seros. colluvie*, t. IV, c. 2, obs. c) dit que, sur cent sujets atteints de néphrite calculeuse, quatre-vingts et plus souffrent du rein gauche; proportion qui paraît très exagérée. Hoffmann (F.), (*Med. ration.*, t. IV, p. 1, sect. 3, cap. 8, § 7, *de febre nephritica*), Morgagni (*De sed. et causis morb.*, Epist. XL, art. 13), P. Frank (*Traité de médecine pratique*, trad. franç. de Goudareau, tom. V, p. 474), Kiesewetter (*De lithiasi sinistro quam dextro reni magis infestâ*, Halle, 1776), Earle (*Med. chir. Trans.*, t. XI, p. 216, 217 et 227), Richter (*Speciale Therapie*, t. IV, p. 483), Haller (*Elementa Physiologiæ*, t. VII, p. 368), Voigtel (*Pathol. Anat.*, B. III, S. 188 et 207), ont aussi pensé que le rein gauche était plus souvent affecté que le droit. Coiter avait prétendu au contraire (*Extern. et intern. princip., etc., observationesque variæ.* Obs. XXIII, § 3) que le rein droit était plus souvent affecté que le gauche. Je répète que je m'abstiens d'émettre une opinion à cet égard, le chiffre des cas que je pourrais soumettre au calcul n'étant pas assez élevé pour donner une solution.

de plusieurs branches occupe les calices et le bassinet, et gêne ou intercepte le cours de l'urine.

Lorsqu'un calcul rénal, situé dans le voisinage du commencement de l'uretère, présente une rigole, l'urine et les matières sécrétées par la membrane muqueuse enflammée pouvant, avec plus ou moins de facilité, passer par l'uretère dans la vessie, le rein conserve son volume naturel ou au moins n'acquiert point de dimensions considérables. Si le calcul, situé dans le goulot même du bassinet ou dans l'uretère à une distance plus ou moins considérable de son embouchure, l'obstrue complètement, la pyélite est le plus souvent générale ; toute la partie de l'uretère située au-dessus du calcul et de l'obstruction, est elle-même plus ou moins enflammée et distendue par l'urine mélangée de mucus, de pus ou de sang. Alors, il y a le plus souvent une augmentation très considérable du volume du rein, lorsque la maladie existe depuis plusieurs mois.

Suivant que telle ou telle de ces dispositions des graviers ou des calculs existe, la pyélite offre des symptômes particuliers.

§ 644. ***Symptômes.*** Lorsque des graviers ou de très petits calculs passent des calices dans le bassinet, et sans trop d'efforts du bassinet dans les uretères, et plus tard dans la vessie, les malades éprouvent ordinairement des douleurs plus ou moins vives et quelquefois des douleurs très aiguës, bien avant qu'aucun travail inflammatoire ait pu se développer (voyez : GRAVELLE). Mais, si un calcul est trop volumineux pour s'engager dans l'uretère ou pour passer rapidement de ce conduit dans la vessie, il occasionne des désordres qui, suivant leur acuïté ou leur ancienneté, présentent quatre formes principales :

Premier état (*coliques néphrétiques et suppression de l'urine*). — Douleur vive, aiguë ou pongitive dans la région du rein affecté, descendant de cette région à la vessie, et quelquefois accompagnée d'un frisson plus ou moins intense. Urine rare et rendue goutte à goutte, avec un sentiment d'ardeur, parfois avec de petits graviers et une petite quantité de sang.

Le pouls, d'abord petit, déprimé, devient ensuite fréquent et plus développé, le plus souvent après un ou plusieurs vomissemens et un sentiment de défaillance. Si le gravier n'est point ex-

pulsé le lendemain et les jours suivans, la plupart de ces symptômes continuent; et si le calcul n'apporte pas entièrement obstacle au cours de l'urine, elle contient toujours une certaine quantité de sang et de mucus. Par le refroidissement, le mucus apparaît dans l'urine sous la forme de petits grumeaux ou de flocons, comme cotonneux, qui se déposent plus tard au fond du vase. Les globules sanguins, facilement reconnaissables au microscope, forment une légère couche à la surface du sédiment.

Ces premiers accidens peuvent cesser tout-à-coup lorsque le calcul a passé de l'uretère dans la vessie ; l'urine, qui a été momentanément chargée de sang ou de mucus, redevient naturelle, si elle ne se charge pas de mucus ou de pus en traversant la vessie ou l'urèthre.

Deuxième état (*urine muqueuse*). — Si, au contraire, un ou plusieurs calculs, même très peu volumineux, séjournent dans le bassinet ou les calices, l'inflammation, combattue ou non par l'art, passe presque inévitablement à l'état chronique. Dans cet état, la douleur n'est plus aussi vive qu'à son début; les malades se plaignent seulement d'un sentiment de pesanteur dans la région du rein affecté. Plus tard, la douleur, quelquefois nulle, le plus souvent obtuse, peut devenir tout-à-coup très vive, à la suite d'un effort ou d'un mouvement du tronc. Elle augmente quelquefois après le repas; elle augmente surtout par les secousses qu'occasionnent l'équitation et les courses en voiture; une pression, même légère, suffit souvent pour la provoquer ou la rendre plus vive. Elle diminue parfois, ou devient même tout-à-fait nulle, lorsque le malade se couche sur le dos ou sur le flanc; elle se propage quelquefois dans la direction de l'uretère et jusque dans le testicule et le membre abdominal correspondant, qui est parfois comme engourdi.

Ces douleurs sourdes, habituelles, souvent indépendantes de tout mouvement fébrile, sont quelquefois remplacées par des douleurs vives, accompagnées d'autres phénomènes propres aux *exacerbations* des affections chroniques. Ces douleurs, quelquefois analogues à celles de la colique néphrétique, s'étendent souvent alors dans la direction de l'uretère, avec

rétraction du testicule et engourdissement de la cuisse du même côté. Dans ces exacerbations, l'urine se charge souvent de sang, devient rougeâtre et coagulable par la chaleur.

L'urine, moins rouge que dans le *premier état*, contient presque toujours, au moins dans certaines émissions, une quantité notable de mucus, qui se dépose par le repos et le refroidissement.

Parfois l'urine est sanguinolente, d'autres fois parfaitement transparente, surtout après des boissons aqueuses prises en abondance. Ces différens aspects de l'urine peuvent quelquefois être observés, chez la même personne, dans l'espace de vingt-quatre heures, si l'on recueille séparément l'urine des diverses émissions. Par le refroidissement, diverses matières, de l'acide urique ou des sels, se déposent avec le sang et le mucus; le sang et le mucus sont le plus souvent à la surface du sédiment.

Le décubitus sur le ventre ou sur le côté opposé au siège du mal, lorsqu'un seul rein est affecté, la station, les efforts pour aller à la selle, la toux, l'éternuement, une grande inspiration, etc., et quelquefois la chaleur du lit, augmentent la douleur rénale. Toutefois, cette douleur peut être très légère, lors même qu'il existe un ou plusieurs calculs dans le bassinet ou les calices.

Lorsque les graviers qui déterminent ces accidens sont composés d'acide urique (et c'est le cas le plus ordinaire), l'urine est acide, et le sédiment offre des cristaux rhomboïdaux d'un jaune rougeâtre. Filtrée, elle devient légèrement louche lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique ou d'albumine, mélangée ou non de globules sanguins.

Lorsque les graviers sont phosphatiques, l'urine, alcaline et louche, au moment de l'émission, s'éclaircit d'abord par l'addition de l'acide nitrique, et elle se trouble quelquefois ensuite par l'addition d'une plus grande quantité de cet acide, si elle contient de l'albumine, du sang ou du pus.

Troisième état (*sécrétion purulente sans tumeur rénale*). — Aux deux premiers états que je viens d'indiquer, succède

un troisième plus grave, lorsqu'un ou plusieurs calculs se trouvent retenus dans le bassinet ou les calices. Il se déclare des frissons irréguliers, qui augmentent vers le soir, et se renouvellent fréquemment, surtout après les repas. Les malades éprouvent, dans la région des reins, diverses sensations morbides, un sentiment de pulsation, d'engourdissement et de tension, quelquefois même de froid, qui se prolonge souvent dans le membre correspondant.

L'urine, quelquefois sanguinolente, plus souvent blanchâtre et trouble, laisse déposer, par le repos, un sédiment purulent, d'un blanc de lait ou d'un blanc légèrement verdâtre, principalement composé de pus et de sels précipités de l'urine (1).

Un pissement de sang est quelquefois le premier symptôme frappant de la maladie, surtout lorsque les bassinets des deux reins contiennent des calculs; plus tard, les urines deviennent troubles et purulentes, et elles sont rendues fréquemment et en petite quantité dans chaque émission; parfois les malades semblent se rétablir, mais les urines restent purulentes, avec ou sans mélange de graviers. Enfin, à des époques plus ou moins éloignées, les malades éprouvent des *exacerbations*, principalement caractérisées par une augmentation des douleurs rénales, par la diminution ou la suppression de l'excrétion de l'urine, par des envies de vomir, des vomissemens, de la fièvre, avec sécheresse de la langue, etc. Lorsque la maladie doit se terminer par la mort, les vomissemens continuent, le pouls s'affaiblit de plus en plus, les membres se refroidissent. La cessation des vomissemens et la diminution des douleurs rénales, coïncidant avec une moindre prostation et le rétablissement de l'excrétion de l'urine, annoncent, au contraire, qu'une sorte de convales-

(1) Pemberton (*A practical treatise on various diseases of the abdominal viscera*. Lond., 1814) dit que, lorsque l'urine dépose un sédiment purulent d'une mauvaise odeur et mêlé avec du sang, on peut toujours être certain que le pus vient des reins. Cette assertion est inexacte ou au moins beaucoup trop générale; on observe de semblables sédimens dans d'autres conditions, notamment dans des cas de cancer de la vessie.

cence succédera à l'attaque; mais les accidens se renouvelleront inévitablement plus tard et finiront par amener la mort.

§ 645. Un *quatrième état* (*urine purulente et tumeur rénale*) est caractérisé par l'existence, dans une des régions lombaires (lorsqu'un seul rein est affecté), d'une *tumeur* ordinairement bosselée, fluctuante, produite par l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet et des calices distendus. La tumeur, située dans un des flancs, correspond (lorsqu'elle s'est développée au côté droit), par sa partie supérieure à la face inférieure du foie, sous lequel elle s'enfonce. Lorsque cette tumeur a acquis un volume considérable, sa partie inférieure peut toucher à la crête de l'os des îles, s'étendre à la fosse iliaque et même dans l'hypogastre. On a vu de ces tumeurs, formées par le bassinet et les calices dilatés et remplis de matières purulentes, peser depuis dix jusqu'à cinquante livres.

Par suite du développement de ces tumeurs, la région lombaire est déformée et plus ou moins élargie du côté affecté. Cet élargissement, sensible au premier coup-d'œil, dans le plus grand nombre des cas, peut être facilement apprécié dans tous, en comparant la largeur du flanc (indiquée de chaque côté par une ligne qui, de la colonne vertébrale, s'étend à la limite externe du tronc), avec celle du côté opposé.

A la percussion, la tumeur rend un son mat en arrière, et, presque toujours, en avant, à moins que le colon, situé au devant et en dedans de la poche du côté droit, et en dehors du côté gauche, ne soit distendu par des gaz. Lorsque le colon transverse sépare, au moins dans une certaine étendue, l'extrémité supérieure de la tumeur du bord libre du foie (ou lorsqu'elle n'est pas encore très volumineuse), le toucher et la percussion permettent d'en reconnaître les limites et de constater qu'elle est indépendante du foie; mais, lorsque, par suite d'un plus grand développement de la tumeur, le colon transverse a été refoulé et abaissé, lorsque la tumeur a contracté des adhérences avec la face inférieure et le bord libre du foie, alors elle fait corps avec cet organe, dont elle simule, soit un développement morbide, soit une augmentation de volume occasionée par le développement d'une tumeur enkystée dans son épaisseur.

Lorsque la tumeur rénale a acquis un certain volume, elle paraît presque toujours bosselée, et comme composée de plusieurs lobes. Dans cet état, la fluctuation est manifeste, et il est facile de reconnaître que la tumeur est formée par une poche distendue par un liquide.

La douleur n'est jamais vive dans ce quatrième état, hors le temps des exacerbations; mais elle augmente par la pression des vêtemens, et par celle de la main, appliquée à la surface du rein. La douleur est encore plus facilement réveillée, lorsque, après avoir placé une des mains sur la face antérieure de la tumeur, on la pousse en avant avec l'autre main appliquée sur la région lombaire. Parfois la pression diminue la douleur en arrière, tandis qu'elle l'augmente en avant. La douleur augmente par la marche, surtout lorsqu'elle est rapide, et par certains mouvemens du tronc. Quelques malades assurent avoir senti les pierres ballotter dans de semblables tumeurs formées par le rein distendu, et des médecins croient avoir perçu un choc particulier, ou une sorte de frémissement dans ces tumeurs, quand on les pressait avec la main (1).

(1) F.-J. Rollet (*Dissert. sur la néphrite calculeuse*. Paris, 1829, p. 29) cite le fait suivant: « Marie Pétronille Leclerc, âgée de 26 ans, ouvrière en linge, a été reçue à la Charité le 8 mai 1828, salle Saint-Vincent, n. 34 (M. Fouquier, médecin). Cette femme était, depuis cinq ans, à la suite d'un rhume, sujette à des crachemens de sang. Bien réglée de 10 à 21 ans, elle le fut moins bien depuis. La suppression des règles a eu lieu pendant plusieurs mois et à plusieurs reprises; elles n'avaient pas paru depuis trois mois, lorsque la malade est entrée à l'hôpital. Les crachemens de sang avaient lieu à chaque suppression. Il y a trois mois aussi que cette fille ressentit des douleurs dans les reins, surtout à gauche, où elle éprouva, dit-elle, une sensation de barre et de cuisson; pesanteur dans les jambes, somnolence; elle s'aperçu alors qu'elle avait une tumeur, du volume d'une noisette, dans la région du rein gauche. Elle cessa de cracher du sang, mais elle en rendit par les urines. Il survint un gonflement du ventre, une constipation opiniâtre, perte d'appétit. Pendant trois jours l'urine cesse d'être excrétée; elle s'écoule ensuite par regorgement. Elle a souvent rendu des graviers, dont les plus gros avaient le volume d'une tête d'épingle, et des caillots de sang. Cette expulsion était précédée de douleurs dans le trajet de l'uretère gauche;

Dans ce quatrième état, l'urine est sanguinolente ou purulente dans toutes les émissions, à moins que le passage de l'urine

douleurs persistantes à l'aine. A son entrée à l'hôpital, la malade porte, à la partie antérieure du rein gauche, une *tumeur* du volume d'une pomme d'api, bosselée et dure en plusieurs endroits, moins résistante en d'autres. *Les frictions sur cette tumeur y font éprouver une espèce de frémissement et de déplacement de petits calculs;* la malade dit éprouver ce frémissement sans y porter la main, lorsque la vessie est distendue par l'urine; plusieurs élèves m'ont dit avoir entendu ce bruit: j'avoue n'avoir pas été aussi heureux. Lorsque la malade rend volontairement ses urines, elles sont claires, quoique un peu rouges; mais, si elle urine par regorgement, on y voit des caillots et des graviers. Les douleurs sont les mêmes que celles que nous avons indiquées plus haut. Le 13 et 14 mai, on fait deux applications de sangsues à l'anus et au périnée (*orge miellée; lait; potion gomm.; sirop diacode*); pas d'amendement; la constipation persiste. 15 mai, la sensibilité est augmentée dans le rein gauche; pouls plein et fréquent; peau chaude; en faisant un effort pour uriner, elle a eu un vomissement de matières bilieuses, verdâtres et amères; agitation continuelle, décubitus impossible sur le dos, supportable sur le côté droit, qui devient douloureux (*quinze sangsues à l'aine*). Amélioration pendant le jour; les douleurs reparaissent pendant la nuit. Le 17, un bain, dans lequel la malade a beaucoup uriné sans douleurs, apporte une grande amélioration dans son état; constipation. Le 22, deux lavemens purgatifs, deux cataplasmes narcotiques sur le ventre, gomme deux pots. Le calme se rétablit peu-à-peu sous l'influence de ce traitement; au bout de quelques jours, les urines ne contiennent plus de sang, mais elles déposent toujours des graviers. Le 27, réapparition des symptômes (*quinze sangsues à la région lombaire gauche; même prescription*). Le 31, la malade est bien. Depuis cette époque, cette fille a eu continuellement des alternatives de mieux et de rechutes. Mais une affection cérébrale est venue compliquer sa maladie. Cette fille est actuellement au n. 22 de la même salle, dans un état d'imbécillité. Ses urines déposent toujours un peu; la tumeur qu'elle portait au rein, semble avoir disparu. »

Le fait d'un frottement de calculs, perceptible au toucher ou à l'ouïe, est loin d'être établi par cette observation, dans laquelle les dimensions de la tumeur rénale ne paraissent pas avoir été exactement prises. Je ne connais pas d'ailleurs d'observation analogue plus concluante. J'ajoute que, chez un malade, dont M. le docteur Willam Howison a rapporté l'histoire avec beaucoup de détails, on percevait aussi, en explorant la tumeur rénale, une *certaine crépitation*, et cependant à l'ouverture du corps, on ne trouva qu'*un*

provenant du rein malade, ne vienne à être complètement ou incomplètement intercepté. L'urine est plus souvent purulente que sanguinolente ; elle n'offre ordinairement ce caractère que dans les exacerbations (Voyez : HÉMORRHAGIE RÉNALE).

Cependant on remarque, dans l'émission de l'urine et dans ses qualités physiques et chimiques, d'assez grandes variations. Lorsque l'urine purulente, provenant du bassinet enflammé, n'est qu'incomplètement retenue dans sa cavité, elle se mélange, en proportion variable, avec celle qui est fournie par l'autre rein. Ce liquide peut, dans une même journée, offrir des apparences très différentes ; de sorte que, si on se bornait à examiner une ou deux émissions d'urine, on s'exposerait à des erreurs graves. J'ai vu quelquefois, dans la pyélite calculeuse, de l'urine très chargée de pus ou de sang être rendue à certaine heure de la journée, et plus tard, chez la même personne, l'urine avoir ses apparences naturelles ; ce qui ne peut guère s'expliquer qu'en supposant que l'urine versée dans la vessie provenait alternativement du rein malade et du rein sain. Toujours est-il qu'il faut être prévenu de cette circonstance, afin de ne pas porter un jugement erroné sur l'état des voies urinaires, d'après un seul examen de l'urine dans les vingt-quatre heures.

J'ai déjà noté que l'urine était coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, lorsqu'elle contenait une certaine quantité de pus; mais la proportion du coagulum albumineux n'est pas toujours en rapport avec celle de la quantité de pus mélangé avec l'urine. Dans certaines pyélites calculeuses, on voit quelquefois l'urine contenir une quantité très notable d'albumine, bien que la proportion des globules du pus soit comparativement très minime ; tandis que, d'un autre côté, des urines très chargées de pus sont très peu coagulables et prennent seu-

seul calcul, en forme de clou, qui s'adaptait exactement au goulot du bassinet (*Edinb. med. and surgic. Journal*, octob. 1822, vol. XVIII, p. 557). Enfin, une sorte de crépitation peut être produite par le frottement de la paroi antérieure du bas-ventre à la surface de la tumeur recouverte ou non de fausses membranes.

lement une légère teinte louche laiteuse, lorsqu'on les traite par la chaleur et l'acide nitrique, après les avoir filtrées.

Lorsque tout passage entre le bassinet distendu par le pus et l'urine, est entièrement fermé, l'urine rendue par le malade peut être naturelle ou au moins exempte de mélange du pus, pendant quelques jours, en même temps que la tumeur rénale augmente de volume. Alors, la douleur rénale est plus vive; la fièvre s'allume; il survient des envies de vomir et parfois des vomissemens. Si l'urine et le pus se font jour à travers l'uretère, les malades rendent en quelques heures une grande quantité d'urine purulente, et en même temps on remarque un affaissement plus ou moins considérable de la tumeur. Si, au contraire, la rétention complète du pus et de l'urine se prolonge, le rein se perfore à sa partie postérieure ou dans le péritoine, ou dans l'intestin, etc. (Voyez : PÉRINÉPHRITE, FISTULES RÉNALES).

Dans d'autres cas plus graves encore, l'émission de l'urine peut être complètement suspendue pendant plusieurs jours. Lorsque cette rétention complète de l'urine se prolonge, les malades ne tardent pas à succomber, soit à une double pyélo-néphrite, soit à des perforations rénales, soit à des accidens cérébraux. Cette anurie a été observée dans des pyélites calculeuses doubles, et dans des cas où les deux uretères étaient obstrués par un ou plusieurs calculs.

§ 646. *Cinquième état* (*atrophie du rein, sans sécrétion purulente*). — Enfin dans la pyélite calculeuse, il peut arriver que la membrane muqueuse du bassinet et des calices, en contact avec un calcul volumineux, finisse par s'épaissir et tellement s'endurcir, qu'elle ne sécrète plus ou presque plus de matière purulente. Dans ce cas (ATLAS, Pl. XII, fig. 3), le bassinet et les calices dilatés forment, avec les substances rénales atrophiées, une sorte de coque qui s'applique plus ou moins exactement sur le calcul. Si le rein du côté opposé est en bon état, une telle altération, quelque profonde qu'elle soit, ne peut être le plus ordinairement soupçonnée pendant la vie. Les malades n'éprouvent que peu ou point de douleur, et les urines ne sont pas chargées de pus. Mais ces malades peuvent succomber en quel-

ques jours, si un calcul vient à obstruer l'uretère du côté opposé, et donner lieu à une anurie ou plutôt à une rétention complète de l'urine dans les reins (1).

(1) Dans un cas observé par M. Gaultier-de-Claubry, la suppression d'urine fut subite et complète, elle succéda à beaucoup d'erreurs de régime, d'excès de tous genres, de chagrins, d'imprudences, et à plusieurs attaques de coliques néphrétiques, avec expulsion de petits calculs et quelquefois rétention d'urine. Elle a duré deux cent vingt-quatre heures, n'a été accompagnée ni de fièvre, ni de douleurs vives à l'intérieur, ni d'envies d'uriner, ni (au moins d'une manière prononcée) de ces phénomènes graves qui, dans les rétentions d'urine, signalent le transport de ce fluide dans toutes les parties de l'économie : point de fièvre urineuse, de symptômes putrides, de lésion des facultés intellectuelles, d'épanchement séreux considérable. Au lieu de tout cela, peu ou point de sommeil, du malaise, de l'inappétence; un froid aux jambes avec douleurs intolérables aux genoux et aux mollets surtout, qui alternent quelquefois, avec des douleurs momentanées de l'abdomen, des flatuosités, une bouffissure du ventre, enfin une faiblesse qui, extrême dès le début, s'est accrue chaque jour, et à laquelle s'est jointe, de l'oppression pendant les vingt-quatre dernières heures de la vie du malade.

A l'ouverture du cadavre, l'épiploon, mollasse et fluant sous les doigts, a paru dans un état de décomposition; l'abdomen contenait une chopine de sérosité, mais aucune trace d'infiltration ne se remarquait aux environs des reins : ceux-ci, ensevelis dans une graisse comme squirrheuse par sa dureté, avaient leurs veines extrêmement dilatées par un sang noir et épais, très foncé en couleur et d'une consistance qui les faisait crier sous le bistouri, à la manière des cartilages (phénomènes moins marqués à l'égard du rein droit) : ils n'ont pas fourni à la pression une seule goutte d'urine. Tous deux avaient leurs calices exactement remplis par des calculs qui variaient de telle sorte, que le seul qui existât à droite, était formé d'acide urique et de sous-phosphate de chaux intimement mêlés, tandis que chacun des quatre trouvés du côté gauche offrait un noyau d'oxalate de chaux, enveloppé d'une couche d'acide urique. Les uretères, aussi bien que la vessie, étaient fort resserrés sur eux-mêmes et parfaitement vides d'urine; un demi-dé seulement de ce fluide, se voyait entre les calculs du rein gauche et à la surface des mamelons : ceux-ci, dans les deux reins, étaient hérissés de quelques grains calculeux (*Obs. d'une suppression totale de la sécrétion de l'urine dans les reins*. Bibl. médic., t. XLVIII, p. 368).

Consultez des faits analogues, publiés par Fred. Brown (*Case of Ischuria*

J'ajoute que la mort survient, dans d'autres cas, sans qu'il y ait réellement rétention d'urine, et probablement par suite d'un dérangement profond de la sécrétion urinaire, ou de la suspension de cette fonction (*Ischurie rénale*). Il paraît même que la suppression complète de la sécrétion urinaire peut avoir lieu dans des cas où un seul des uretères est obstrué par un calcul (1).

Dans plusieurs cas même où les substances corticale et tubuleuse d'un des reins étaient presque entièrement détruites, on a vu la sécrétion urinaire être presque aussi abondante que dans l'état naturel, par suite de l'hypertrophie ou de l'augmentation d'activité de l'autre rein (2).

§ 647. Je ne dirai qu'un mot de quelques *variétés rares* de la pyélite calculeuse. Seulement il est bon d'être prévenu que, par suite de vices de situation des reins, le siége de la douleur, dans la pyélite calculeuse, peut se trouver dans la *région ombilicale* (3) ou dans l'excavation du *bassin* (4).

renalis. — Edinb. med. and surg. Journ., vol. XIX, p. 253). — Abercrombie (*Obs. on Ischuria renalis.* — Edinb. med. and surg. Journ., vol. XVII, p. 215), etc.

(1) Brodie. *Obs. on calculous diseases* (Lond. med. Gaz., vol. VIII, p. 70).

(2) J'ai vu plusieurs exemples semblables, et Haller en cite quelques-uns (*Elementa physiol.*, tom. VII, p. 251).— Littre, ayant ouvert un homme de 60 ans, mort subitement d'apoplexie, observa que le rein gauche était presque entièrement consumé par un abcès, et que le droit, qui était sain, était beaucoup plus gros qu'à l'ordinaire (*Histoire de l'Académie royale des Sciences*, 1702, p. 16).

Horst (*Hufeland's Journal*, B. XXXV), cite un cas fort extraordinaire dans lequel les deux reins étaient transformés en sacs remplis de pus; les uretères n'étaient plus en communication avec ces poches, et cependant la sécrétion et l'excrétion de l'urine avaient continué. Horst pense que la sécrétion de l'urine a pu se faire à la surface interne de la vessie.

(3) M. Guéneau de Mussy m'a montré un cas de fusion des reins, dans lequel les bassinets enflammés contenaient plusieurs calculs. Ces reins étaient placés en fer à cheval au devant de la colonne vertébrale (§ 386).

(4) M. Cruveilhier, dans son *Anatomie descriptive*, cite le cas d'un rein en suppuration, contenant plusieurs calculs, et qui était situé dans le petit bassin (§ 387).

Enfin, quelques auteurs assurent avoir vu les accidens de *la pyélite calculeuse* se reproduire d'une manière périodique (1).

§ 648. La pyélite calculeuse existe rarement seule; elle est presque toujours associée, soit à d'autres lésions de l'appareil urinaire, soit à des états morbides d'autres appareils. J'indiquerai plus loin les plus importantes et les plus fréquentes de ces *complications*.

§ 649. *Diagnostic*. La pyélite calculeuse, vu la variété de ses formes, peut être confondue avec un grand nombre d'autres maladies. Plusieurs symptômes de l'inflammation du bassinet se voient, en effet, dans d'autres affections: ainsi, une sécrétion muqueuse ou purulente s'opère dans l'inflammation des uretères, de la vessie et de l'urèthre; la douleur lombaire existe dans l'affection rhumatismale des lombes, dans la néphralgie, etc.; enfin, si une tumeur dans la région des lombes est un des signes de l'accumulation du pus dans le bassinet et les calices dilatés, d'autres tumeurs lombaires n'ont ni la même origine, ni le même siège.

1° La *douleur lombaire* se rencontre dans diverses espèces de néphrites aiguës, dans les hydatides du rein et de l'uretère, dans les coliques néphrétiques, dans la rétention d'urine sans inflammation, dans le rhumatisme lombaire (*lumbago*), dans certaines maladies de la colonne vertébrale, dans le psoïtis, dans des anévrysmes de l'aorte descendante, dans la grossesse, dans quelques maladies de l'utérus et de ses annexes, dans certaines péritonites partielles et dans des inflammations du tissu cellulaire extra-péritonéal de cette région.

(1) Une dame, âgée de 50 ans, d'un tempérament chaud et sec, était sujette aux douleurs néphrétiques causées par des sables et des pierres dans les urines. Elle a été dans ces souffrances environ l'espace de trois ans; mais ce qu'il y a de surprenant, c'est que ces douleurs l'attaquaient tous les mois au même jour, même à la même heure; de sorte que, quand elle n'était point tourmentée, elle prédisait toujours le jour et l'heure où les douleurs reviendraient; ce qui ne manquait pas d'arriver; et avant que les petites pierres fussent sorties avec l'urine, les douleurs étaient si vives, qu'elle tombait dans des mouvemens convulsifs (*Ephem. cur. nat.* Dec. III, an VII et VIII, obs. CXC, p. 308).

2° Dans la *néphrite*, la douleur est souvent si analogue à celle qui a lieu dans la pyélite calculeuse, qu'il faut avoir recours à d'autres caractères pour distinguer ces deux affections; toutefois, dans la pyélite calculeuse, les douleurs sont généralement plus vives. Dans les cas douteux, il faut avoir égard à la présence ou à l'absence de matières muqueuses ou purulentes dans l'urine, et à la présence ou l'absence d'une tumeur dans la région lombaire. Cependant, lorsque ces deux signes manquent, on peut croire encore à l'existence d'une pyélite calculeuse, quand une douleur lombaire, avec fièvre, offre des exacerbations, des accès et des accidens semblables à ceux qu'on observe habituellement dans les coliques néphrétiques.

3° Les *hydatides* des reins, lorsque leur kyste communique dans le bassinet, sont souvent accompagnées de douleurs rénales qui, comme dans les coliques calculeuses, s'étendent le long de l'uretère jusque dans la vessie. Il y a souvent rétention passagère de l'urine avec efforts violens pour la rendre, efforts quelquefois suivis de l'issue de pellicules hydatiques par l'urèthre. S'il existe en même temps des hydatides dans la cavité du bassinet et une inflammation de ce conduit excréteur, il y a à-la-fois excrétion d'hydatides, douleurs rénales et urines purulentes. Toutefois, l'excrétion d'hydatides et d'une urine purulente peut avoir lieu dans les cas où les hydatides proviennent de kystes accolés à la vessie enflammée. J'ai vu des kystes acéphalocystiques, indépendans du rein, s'ouvrir simultanément dans les voies urinaires et dans le canal intestinal, et les hydatides être excrétées en même temps par l'anus et par l'urèthre.

4° La pyélite calculeuse avec colique néphrétique se distingue de la *néphralgie*, en ce que, dans la première, la douleur est, le plus souvent, beaucoup plus aiguë et plus insupportable et qu'elle cesse instantanément après l'émission d'un gravier ou lorsqu'il tombe dans la vessie après avoir parcouru le trajet de l'uretère.

5° Dans les cas de *rétention d'urine*, soit complète, soit incomplète, il n'est pas très rare de voir les malades se plaindre d'une douleur dans une ou dans les deux régions lombaires;

douleurs assez aiguës pour faire croire quelquefois à l'existence d'une néphrite ou d'une pyélite calculeuse; et pourtant, après la mort, on n'observe pas le moindre signe d'inflammation; les reins, plutôt pâles que rouges, paraissent sains, à l'exception d'un affaissement plus ou moins marqué des mamelons. Dans ce cas, la mort arrive quelquefois assez promptement après des accidens cérébraux.

6° Dans le *lumbago*, la douleur affecte ordinairement les deux côtés à-la-fois et à-peu-près avec la même intensité; elle est toujours exaspérée par les mouvemens du tronc; le plus souvent, elle est apyrétique, et quelquefois précédée d'autres douleurs musculaires ou articulaires; dans la pyélite, la douleur se fait sentir presque toujours d'un seul côté (les pyélites calculeuses doubles sont rares), ou au moins avec une inégale intensité à droite et à gauche; elle augmente bien par la contraction des muscles des lombes, mais cette augmentation n'est pas comparable à la douleur vive occasionée par la contraction des muscles rhumatisés. Cependant il n'est pas toujours facile de distinguer une douleur rhumatismale lombaire d'une douleur rénale. Le jugement porté par Boerhaave sur la nature d'une douleur qu'il éprouva dans la région des reins, me paraît même contestable (1).

(1) Dum Boerhaavius de rheumatismo loquebatur coram auditoribus suis, dixit, quod circa medium mensis Augusti, dum hora quarta matutina observationibus in horto botanico faciendis occupabatur, senserit dolorem quasi nephriticum, quem mirabatur; dolor, a renis sinistri regione incipiens, secundum decursum ureteris ad os pubis usque tanta cum vehementia pergebat, ut crederet, calculum de rene per ureterem in vesicam descendere: simul aderat propensio in vomitum. Utebatur copia mollissimi decocti, ex farina seminum lini parati; oriebatur ingens tenesmus, ita ut calculus præsens esse videretur quem sperabat exiturum; unde pergebat animose in eodem remedio, ut laxaret et lubricaret viam: sumpsit eodem tempore aliquot guttulas Aroph Paracelsi, extractum nempe croci ope alcoholis purissimi paratum, quod tanti fecerunt chemicorum principes, ut aroma philosophorum appellaverint, perque primas litteras vocabulorum *Aroph*. Paulo post aberat omnis dolor; sed sequenti die immanis aderat in lumbis, qui duravit per tres menses, eadem vehementia; postquam parum remittere in-

8° On peut difficilement confondre la pyélite avec les *névralgies lombaires*, dans lesquelles la douleur suit le trajet des nerfs des parois abdominales ou longe les derniers côtes. Il faut aussi distinguer les douleurs rénales qu'on observe dans la pyélite calculeuse, des douleurs dorsales ou lombaires qui s'étendent autour du tronc, en ceignant la base de la poitrine ou de l'abdomen, et qui sont quelquefois accompagnées de la paralysie du sphincter de l'anus, de la vessie et des membres inférieurs.

9° Dans la *carie des vertèbres* lombaires, la douleur est sourde et en général bien moins intense que dans la pyélite calculeuse. Cette carie se distingue, en outre, par la déformation de la colonne lombaire et souvent par des abcès par congestion, soit vers le pli de l'aine, soit vers la fesse; enfin par une paraplégie complète ou incomplète, quelquefois avec absence de mucus ou de muco-pus dans l'urine. Cependant la paraplégie finit souvent par entraîner à sa suite une rétention d'urine qui détermine une inflammation chronique de la vessie et parfois des uretères et des bassinets; complication dans laquelle on retrouve à-la-fois les caractères de la carie des vertèbres et de la pyélite.

10° Dans le *psoïtis*, le malade éprouve d'abord une douleur sourde dans le côté affecté; cette douleur devient plus tard assez aiguë, s'étend de la colonne lombaire vers le pubis, et le corps est infléchi en avant et du même côté que la maladie; les mouvemens de la cuisse sont très douloureux, et il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible de redresser le tronc, le corps étant debout. Plus tard, les ganglions de l'aine s'engorgent; puis il se produit, sous le péritoine et dans l'épaisseur du muscle, une collection purulente, souvent avec œdème du membre. Lorsque cette collection de pus est considérable, elle forme quelquefois sur un des côtés du bassin une tumeur reconnaissable au toucher et à la percussion. On a pu confondre, avec la pyélite calculeuse, de semblables dépôts

cipiebat illud tormentum, evolvit auctores, et vidit Sydenhamum notasse illa, quæ passus fuerat (Gerardi Van Swieten, *Commentaria in Hermanni Boerhaave Aphorismos*, t. v, p. 597. Aph. 1490, rheumatismus, in-4. Parisiis, 1773).

de pus, provenant du psoas enflammé, et s'ouvrant dans la vessie (1).

11° On a vu des *anévrysmes de l'aorte* donner lieu à des douleurs lombaires et simuler des douleurs rénales. Tantôt, la tumeur anévrysmale s'était développée du côté de la cavité du ventre sans altérer la colonne vertébrale (cas dans lequel il est extrêmement difficile de la reconnaître); tantôt elle avait usé les vertèbres lombaires et déterminé la formation d'une tumeur pulsatile dans cette région.

12° Rien n'est plus commun que d'entendre, *vers la fin de la grossesse*, les femmes se plaindre de *douleurs de reins*. Mais ces douleurs, qui ont lieu beaucoup plus bas que la région lombaire, ne peuvent être confondues avec celles de la pyélite calculeuse. J'ai déjà noté (§ 420) que la néphrite et la pyélite calculeuse coïncident quelquefois avec la grossesse et qu'elles étaient une cause d'avortement : l'examen de l'urine peut mettre sur la voie de cette complication.

13° Certaines maladies de l'*ovaire* et des *péritonites partielles dans la région lombaire* peuvent faire croire à une maladie du rein, et en particulier à une pyélite calculeuse, surtout si elles coexistent avec une cystite aiguë ou chronique ; il est très facile de se tromper dans ces circonstances.

14° La même remarque peut être faite, à plus forte raison, à l'égard de l'*inflammation du tissu cellulaire extra-péritonéal*, dans les environs du rein. Cette affection peut être confondue avec la pyélite, quand l'urine n'est plus chargée de pus, ou lorsqu'il y a rétention de la matière sécrétée. D'un autre côté, lorsque la membrane interne de la vessie est plus ou moins enflammée, l'existence de globules purulens dans l'urine peut

(1) M. Howship rapporte que chez un homme qui rendait des urines purulentes, et qu'on avait des fortes raisons de croire atteint d'une suppuration des reins, il trouva, après la mort, contre son attente, les reins et les uretères sains. Le pus provenait d'un abcès formé dans le muscle psoas, qui avait contracté des adhérences avec la vessie, dans l'intérieur de laquelle l'abcès communiquait par une petite ouverture (Howship. *A practical treatise, etc., of some of the most important complaints that affect the secretion and the excretion of the urine*, page 67).

faire croire à une inflammation du bassinet, dans un cas de périnéphrite compliqué de cystite. Dans ce dernier cas, le diagnostic n'est jamais rigoureux.

15° L'*inflammation* d'un point circonscrit *du colon* ascendant ou descendant peut, dans certains cas, simuler une pyélite calculeuse; mais presque toujours il y a dérangement des fonctions intestinales et notamment des alternatives de diarrhée et de constipation avec développement et excrétion de gaz intestinaux. D'ailleurs, dans la pyélite calculeuse, l'urine est toujours mélangée d'une certaine quantité de pus, lorsque la communication entre le bassinet et la vessie n'est pas complètement interceptée; dans la colite, les matières fécales sont le plus souvent mélangées de sang ou de mucus. Mais on observe quelquefois la coïncidence de ces deux affections (Voyez : FISTULES RÉNALES-INTESTINALES).

16° J'ai vu, un petit nombre de fois, des femmes *hystériques* éprouver, dans la région des reins et d'un seul côté, une douleur qui simulait la colique néphrétique (1); mais, dans ce cas, l'urine était pâle, très aqueuse, et parfaitement transparente.

17° Enfin, le siège de la douleur peut quelquefois induire en erreur sur le rein affecté. On a vu des malades dont la pierre était dans le rein droit et qui rapportaient la douleur au rein gauche (2).

On cite aussi un certain nombre de cas dans lesquels les malades ne se sont pas plaints de douleurs dans la région des reins (*Pyélites calculeuses latentes*) (3).

(1) Sydenham a très bien exposé les caractères de cette affection (Epistola *De affectione hysterica*. Opera, t. 1, p. 258, in-4, Genevæ, 1769).

(2) « Calculus magnitudine digiti pollicis incurvatus, et partim in pelvi, « partim in principio ureteris existens in *dextro rene* inventus est; cùm « tamen dolor, quod sanè mirum, et observatione dignum est, *sinistrum* « duntaxat renem molestaret (Baglivi. *Opera*, de anat. fibrarum, p. 420).

(3) On lit dans Baglivi : « Sunt qui calculum habent in renibus, nec ul- « lum iisdem dolorem parit, quod in duobus observavi, Bononiæ scilicet et « Patavii, quorum cadaveribus dissectis ingentes calculos in renibus vidi- « mus, nec ullis ante vexati fuerant renum doloribus » (Baglivi. *Opera*, praxeos medic. lib. 1, p. 118). — Houlier (*Prax. cap. de hydrope*) avait fait une observation semblable : « In dissecto cadavere observavi renem sinistrum

§ 650. La *sécrétion* et l'*excrétion du pus* ou du mucus purulent par les voies urinaires peut avoir lieu, non-seulement dans

« absumptum et vomica plenum, dextrum autem calculo obsessum, et tamen « æger non dolebat de calculo. » — Heurn (In not. ad Joan. Fernelii *Univers. med. pathol.*, lib. VI, cap. XII, p. 176) trouva, dans un des reins d'un garçon de 17 ans, et qui n'avait jamais éprouvé des douleurs rénales, quatre-vingts petits calculs et soixante-dix dans le rein du côté opposé. — Borelli (*Hist. et obs. rar.*, cent. ii, obs. LXII, p. 162) parle d'un calcul grisâtre, rameux, du poids de sept onces, trouvé dans le rein droit d'un individu qui n'avait jamais eu ni douleur rénale, ni aucun autre signe de l'existence de ce corps étranger. — Ant. Pozzi (*Miscel. nat. cur.*, dec. I, an IV, obs. XXIX) parle d'un homme dont le rein droit, gros comme la tête d'un enfant de deux ans et pesant deux livres et demie, contenait un calcul dont la pointe avait transpersé les parois du rein et occasioné la gangrène, et un abcès profond. L'autre rein contenait au moins cent petits calculs. « Sed quod mirum est, dit Pozzi, toto tempore vitæ nunquam conquestus est de doloribus nephreticis, calculis, urinis sabulosis aut difficulter vel diminute fluentibus. » Le même auteur cite un autre cas de calculs volumineux dans les deux reins, sans douleur ni sentiment de pesanteur aux lombes et sans expulsion de graviers. Les urines, semblables à de l'eau, étaient très abondantes, et la soif était inextinguible (Ibid. OBS. XXXII). Prassius (G.) (cité par Bonet, *Sepulc.* t. III, sect. XXII, obs. XXIV), a trouvé, dans l'un des reins d'un vieillard, un calcul gros comme une noix, avec deux apophyses, et dans l'autre rein deux autres calculs; l'un d'eux avait la grosseur d'un noyau de pêche, et l'autre celle d'une amande. Le malade n'avait jamais éprouvé des douleurs du côté des reins. — Veirac (*Verhandeling. door het Genootsch. de Vlissingen*, Deel VII, p. 168) rapporte que chez une femme, il n'existait pas de traces du rein gauche; le rein droit, plus gros qu'à l'ordinaire, contenait trois pierres qui pesaient 58 grains, et qui n'avaient jamais donné de signes de leur existence. — Houstet, dans son beau mémoire sur les *pierres enkystées et adhérentes à la vessie* (*Mém. de l'Acad. de chirurg.*, t. I, p. 401), parle d'une femme morte d'une fièvre maligne, et chez laquelle le rein gauche était très altéré; le bassinet contenait un calcul, cette femme ne s'était jamais plainte de douleurs rénales. — Voyez aussi Morgagni (*De sedibus et causis morbor.*, epist. XL, § 15). — *Hist. de l'Académie des Sciences de Paris*, 1730, p. 41. — Dehaen (*De miraculis*, cap. III, p. 77). — Van-Swieten (*Com. in H. Boerhaave aphorismos*, t. V, p. 248 et 273. — Howship (*loc. cit.* p. 105). Quelques faits analogues ont été rapportés dans les journaux de médecine.

la pyélite, mais aussi dans d'autres maladies, soit de l'appareil urinaire, soit d'autres organes. Du pus provenant de l'inflammation du tissu cellulaire extra-péritonéal, du muscle psoas, de l'ovaire (1), etc., peut être versé, soit dans le bassinet, soit dans l'uretère, soit dans la vessie; l'urine se charge de pus dans la *cystite aiguë* ou *chronique*, et peut simuler une maladie du rein, de même qu'une maladie du rein peut simuler une maladie de la vessie (2).

On a dit que, lorsqu'il n'y avait ni douleur, ni tumeur dans la région des reins, l'examen des urines pouvait servir à distinguer la pyélite de la cystite; que, dans l'inflammation du bassinet et des calices, il y avait dysurie avec dépôt de véritable pus; que, dans le catarrhe de vessie, l'urine était glaireuse et visqueuse. Cette remarque est vraie pour un certain nombre de cas; mais j'ai déjà fait observer que cette apparence glaireuse pouvait être donnée au pus rénal par un certain degré d'alcalinité de l'urine, et que le pus dans la cystite n'était pas toujours glaireux.

La présence du mucus ou du pus dans l'urine, lors même qu'il n'existe point de douleurs dans la vessie, ne suffit pas pour caractériser la pyélite calculeuse. Pour supposer que du pus provient du bassinet ou des calices, occupés par un ou plusieurs calculs, il faut qu'il ait existé ou qu'il existe encore une douleur plus ou moins vive dans la région d'un des reins.

On a prétendu que le pus descendant du rein ne sortait de

(1) M. le docteur Campagnac m'a fait voir un cas semblable et je l'ai figuré (ATLAS, Pl. LX, fig. 4). Lassus rapporte aussi l'observation d'une femme qui, depuis fort long-temps, éprouvait dans la région lombaire droite des douleurs qu'on attribuait à l'inflammation du rein, parce que le pus était rendu avec l'urine. Après la mort, on trouva le rein parfaitement sain; mais il existait un abcès dans l'ovaire droit qui adhérait à la vessie et communiquait avec cet organe au milieu d'une ulcération, à travers laquelle le pus filtrait (Lassus. *Patholog. chirurg.*, tom. I, p. 138).

(2) M. Martin jeune a rapporté un cas remarquable d'abcès de la fosse iliaque droite avec évacuation d'urine purulente (*Des dépôts des annexes de la matrice*. — Journal clinique des hôpitaux de Lyon, in-8, 1830, tom. II, p. 419).

la vessie qu'après l'urine; mais il est certain que le pus est rendu mélangé avec l'urine, et en plus grande abondance à la fin de son émission, soit qu'il provienne de la vessie, de l'uretère ou du bassinet.

Je ne dirai rien, relativement au diagnostic des pyélites calculeuses purulentes, des excrétions critiques et métastatiques du pus par les urines; je renvoie à ce que j'ai déjà dit à cet égard (§§ 251, 431).

Il est plus difficile (à cause de la rareté des cas) de remonter à la véritable source de la suppuration, quand le pus, provenant d'une pyélite ou d'un abcès extra-rénal, se fait jour sous le *ligament de Poupart*, à la *fesse* ou dans le voisinage de l'anus. Quelquefois des calculs, des graviers ou au moins des urates, mélangés avec la matière purulente qui sort par la fistule, font connaître la lésion du rein.

La sortie d'un liquide purulent, ayant une odeur urineuse ou contenant de l'urée ou de l'acide urique, est un caractère pathognomonique des abcès rénaux des lombes.

On a vu le pus, provenant du bassinet enflammé, être évacué avec les selles, par suite d'une communication fistuleuse, établie entre le bassinet dilaté et le duodénum, ou le colon ascendant, ou le colon descendant, ou même le rectum lorsque le rein est vicieusement placé dans le petit bassin.

§ 651. Après avoir indiqué la valeur de ces symptômes (douleur dans la région rénale et présence du mucus, du sang et du pus dans l'urine), comme signes de la pyélite calculeuse, je vais faire ressortir les caractères distinctifs des *tumeurs rénales* formées par l'accumulation du pus dans le bassinet. J'insisterai sur le diagnostic de ces tumeurs d'une manière toute particulière, à cause des opérations qu'elles peuvent réclamer; opérations qui pourraient être nuisibles ou promptement mortelles si elles étaient pratiquées sur quelques autres tumeurs qu'on observe quelquefois dans les mêmes régions.

Les tumeurs qui peuvent être confondues avec les tumeurs consécutives aux pyélites calculeuses, chroniques, sont : pour le côté gauche, toutes celles qui résultent d'un développement morbide de la rate; pour le côté droit, les tumeurs du foie et de

la vésicule du fiel : pour les deux côtés, diverses tumeurs rénales d'une autre nature (hydronéphroses, hémorrhagies abondantes dans la cavité du bassinet, reins cancéreux, tuberculeux; reins contenant des kystes acéphalocystiques, etc.); des abcès extra-rénaux, soit idiopathiques, soit consécutifs à des perforations du rein ou de l'intestin colon et de la fin du cœcum; des abcès par congestion, suite de caries de la colonne vertébrale; des tumeurs propres aux capsules surrénales; des anévrysmes de l'aorte; des tumeurs enkystées, contenant différens liquides ou des acéphalocystes; enfin, des tumeurs stercorales produites par l'accumulation des matières fécales dans le colon et dans le cœcum.

1° De toutes les tumeurs qu'on peut confondre avec celles qui résultent d'une collection de pus dans la cavité du bassinet, les *hydronéphroses* sont, sans contredit, celles qui s'en rapprochent le plus par leur forme, par leur situation et par la sensation de fluctuation qu'elles donnent dans toute leur étendue. Dans les deux cas, la tumeur, formée par le rein dilaté, est ordinairement bosselée, fluctuante, mate à la percussion, et accompagnée d'un élargissement de la région lombaire. Mais les tumeurs formées par l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet et les calices, sont le siège de douleurs plus ou moins vives, au moins de temps à autre; elles sont souvent accompagnées d'un mouvement fébrile; et si elles sont indolentes, elles deviennent facilement douloureuses par une légère pression ou dans certains mouvemens du tronc. Dans l'hydronéphrose au contraire, la tumeur est indolente et n'apporte d'autre incommodité que celle qui résulte de son volume. Enfin, lorsque la communication entre la poche, formée par le rein distendu et l'uretère, n'est pas complètement interrompue, l'urine, dans la pyélite avec tumeur, est purulente et opaque, tandis que, dans l'hydronéphrose, elle est ordinairement transparente ou seulement obscurcie par du mucus.

2° Il est plus difficile de distinguer la tumeur formée par une collection purulente dans la cavité du bassinet, des *abcès* situés dans le tissu cellulaire qui environne le rein (*périnéphrite*), soit que ces abcès soient survenus à la suite d'une contusion,

ou qu'ils aient été déterminés par le passage du pus ou de l'urine à travers une fistule rénale, consécutive à une inflammation du bassinet ou du rein. Au reste, il est à noter que, dans le cas de tumeur formée par une collection de pus dans la cavité du bassinet, la fluctuation est plus profonde, aux lombes, que dans les cas d'abcès autour du rein. En outre, ceux-ci sont presque toujours suivis ou accompagnés d'un œdème du tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire; œdème que je n'ai point observé dans les cas de collection purulente dans la cavité du rein, sans abcès extra-rénal. Presque toujours aussi, les abcès situés entre la face postérieure du rein et les muscles de la région lombaire, finissent par soulever la peau dans un point où la fluctuation est très superficielle; et si on applique une des mains sur la partie antérieure de l'abdomen et l'autre sur la région lombaire, la fluctuation est plus sensible que dans les cas de collection purulente dans la cavité du bassinet et des calices. Le passage d'une certaine quantité de pus dans l'urine peut lever les doutes; mais ce signe manque lorsqu'il y a obstruction complète de l'uretère entre la vessie et le bassinet rempli d'urine et de pus.

3° C'est avec plus de difficulté encore qu'on parvient à distinguer les *cas complexes* dans lesquels il y a à-la-fois collection purulente dans la cavité du bassinet et des calices, et abcès autour du rein. Cependant, si, après la formation d'une collection purulente dans la cavité du bassinet, il est survenu plus tard une douleur aiguë à la partie postérieure de la tumeur, et un œdème au-dessous de la peau, la succession de ces symptômes fera présumer une fistule rénale borgne et un abcès autour du rein. Mais il est des cas dans lesquels l'ordre de succession des accidens n'a pas été observé, où l'on manque même de renseignemens sur les symptômes qui ont précédé ou accompagné le développement de la tumeur lombaire; et, à moins qu'il ne soit établi que les malades ont éprouvé antérieurement soit des rétentions d'urine, soit des pissemens de sang ou des coliques néphrétiques, le diagnostic ne peut être sûrement établi. En de tels cas, une fois qu'il a été bien constaté que la tumeur lombaire n'est pas formée par du

sang épanché, le moyen le plus sûr d'éclairer le diagnostic et en même temps de prévenir l'épanchement du liquide dans la cavité du ventre, ou au moins l'extension de l'abcès, est d'ouvrir la tumeur. La nature du liquide qui s'écoule après l'incision ne lève cependant pas immédiatement tous les doutes. Une odeur fétide, analogue à celle des abcès stercoraux, peut être fournie par les collections purulentes, développées autour des reins et près du colon, sans perforation de cet intestin. D'un autre côté, si une odeur stercorale n'exclut pas l'idée d'un abcès autour du rein, avec ou sans communication dans l'intérieur du bassinet, on doit se rappeler que les collections purulentes, formées dans l'intérieur du rein et qui se font jour à l'extérieur, n'ont pas d'odeur urineuse sensible dans un grand nombre de cas. Les flocons que le doigt rencontre dans la cavité de l'abcès n'autorisent pas non plus à le regarder comme *urineux*. J'ai vu, en effet, des abcès tuberculeux dans la région lombaire offrir de semblables filamens et une sorte de détritus organique. Mais, si le diagnostic n'a pas toute la certitude désirable au moment de l'ouverture de l'abcès, la marche et la nature des accidens ultérieurs lèvent, plus tard, tous les doutes.

4° Dans les *abcès stercoraux*, lombaires, des gaz et même des matières fécales se font jour par la fistule; la percussion et la pression sur le colon favorisent et augmentent le dégagement des gaz. Des vers ou des matières solides introduites avec les alimens, peuvent sortir par la plaie, etc., et du pus est quelquefois rendu par les selles avec les matières fécales.

Dans les abcès extra-rénaux, sans fistule stercorale, il ne s'écoule ni matières fécales, ni urine par la plaie. Dans les collections purulentes, consécutives à la pyélite calculeuse, de l'urine et quelquefois un ou plusieurs calculs sortent par la fistule, après l'évacuation du pus.

5° Les abcès autour du rein consécutifs à des *abcès du foie*, ne peuvent être distingués des pyélites et des autres abcès de cette région par les qualités du pus. La teinte lie de vin, que quelques auteurs ont assignée au pus provenant des abcès du foie, se rencontre rarement. La source de ces abcès peut être dé-

celée par un trouble plus ou moins considérable des fonctions du foie.

6° Les *abcès par congestion*, provenant d'une carie de la colonne vertébrale ou d'une affection tuberculeuse des vertèbres, peuvent être distingués de la distension du rein par le pus, en ce qu'ils sont presque toujours accompagnés de la saillie des apophyses épineuses des vertèbres affectées, et le plus souvent d'une paralysie plus ou moins complète des membres inférieurs, de la vessie et du rectum; en outre, ces sortes d'abcès, presque toujours bornés en dehors par le colon ascendant ou descendant, forment, dans le ventre, une tumeur plus rapprochée de la colonne vertébrale, plus allongée et dirigée obliquement de l'épine du dos vers l'arcade crurale. J'ai vu aussi la carie de l'os des îles donner lieu à des collections purulentes qui s'étaient élevées vers la région rénale; elles différaient des tumeurs purulentes des reins, en ce que la surface de ces dernières est ordinairement bosselée. Toutefois, ces abcès et les abcès consécutifs à la carie et aux affections tuberculeuses des dernières vertèbres dorsales et des vertèbres lombaires, forment quelquefois des tumeurs aux lombes qui par leur situation se rapprochent beaucoup des abcès extra-rénaux, consécutifs aux fistules rénales borgnes.

7° On a vu, à la suite d'une contusion aux lombes, le *sang* être versé progressivement et retenu en assez grande quantité dans la cavité du bassinet pour entraîner une dilatation et une augmentation considérable du volume de ce conduit et du rein lui-même. Dans ce cas, qui est fort rare, la cause de la maladie et l'écoulement habituel d'une certaine quantité de sang sans mélange de pus par les voies urinaires, conduira plutôt à admettre l'existence d'une hémorrhagie que celle d'une pyélite.

8° Les *kystes séreux* ou *urinaires* des reins sont rarement assez nombreux et assez volumineux pour imiter une collection purulente (Voyez : KYSTES). Mais un *kyste acéphalocystique*, considérable, dans le rein, peut simuler une tumeur produite par une collection purulente dans le bassinet. Le frémissement propre aux tumeurs acéphalocystiques ne peut être

perçu que dans un petit nombre de cas, et l'évacuation des acéphalocystes avec les urines, symptôme qui lèverait toute l'incertitude du diagnostic, n'a lieu qu'après la rupture de ces kystes dans le bassinet.

9° Les *reins tuberculeux* sont rarement assez volumineux pour simuler une distension du bassinet et du rein par du pus. La résistance que le rein farci de tubercules offre sous le doigt, est bien différente de celle des poches rénales, pleines de pus. Le ramollissement des tubercules rénaux peut être suivi d'un abcès fusiforme, vers l'arcade crurale, non-seulement difficile à distinguer d'une collection purulente dans le bassinet et le voisinage des reins, mais encore des abcès par congestion, provenant d'une carie de la colonne vertébrale.

10° Le rein atteint de *cancer* peut être tellement augmenté de volume, qu'il pèse plusieurs livres et forme tumeur aux lombes. Cette tumeur peut présenter une fluctuation obscure, lorsqu'une grande partie de la masse s'est ramollie et infiltrée de sang (fongus hématode); mais des hématuries fréquentes et les caractères extérieurs de la cachexie cancéreuse ne permettent pas de confondre de semblables tumeurs avec les collections purulentes dans le bassinet.

11° Les tumeurs formées par les *capsules surrénales*, distendues par du sang et d'autres humeurs, sont rarement assez volumineuses pour simuler une collection purulente dans le bassinet et les calices. Au reste, ces tumeurs (1) ne sont ni précédées, ni accompagnées d'urines purulentes.

12° On a vu des *anévrysmes* de l'aorte abdominale s'établir dans le flanc et simuler un abcès (2) ou une collection purulente dans le bassinet et les calices dilatés. L'existence de battemens isochrones à ceux du pouls, la sensation d'un mouvement d'expansion éprouvé par la main, appliquée sur la tumeur, et, dans un grand nombre de cas, un bruit de souffle perceptible à l'auscultation, rendent impossible toute méprise.

(1) Rayer. *Recherches anatomico-pathologiques sur les capsules surrénales.* — L'expérience, tom. 1, 1837, p. 17.

(2) Morgagni. *De sedibus et causis*, etc. Epist. XL, art. 26.

13° Les *intumescences de la rate* ne peuvent être prises pour le rein gauche, distendu par du pus. La tumeur formée par la rate, s'élève plus haut dans la région du bas-fond de l'estomac, et se porte plus en avant que les tumeurs rénales; en outre, presque toujours, les intumescences de la rate se rencontrent chez des individus qui ont long-temps souffert des fièvres intermittentes ; la matité, constatée par la percussion, s'étend de la partie supérieure de l'hypochondre gauche, vers le flanc et l'ombilic. La rate a d'ailleurs une consistance solide reconnaissable au toucher, soit quand on comprime la paroi antérieure de l'abdomen, les cuisses étant fléchies sur le bassin, soit quand on exerce une sorte de frottement avec la main à la surface de la tumeur.

14° Un développement morbide du *grand lobe du foie*, ou son abaissement par suite d'un épanchement séreux ou séro-purulent dans la plèvre droite, peut simuler une tumeur formée aux dépens du rein droit distendu par du pus; et cela d'autant plus facilement que les tumeurs rénales finissent toujours par contracter adhérence avec le foie.

15° Des *kystes acéphalocystiques* du foie peuvent, jusqu'à un certain point, simuler une dilatation du rein droit devenu adhérent au foie; mais, outre que ces tumeurs acéphalocystiques du foie sont plus superficielles et donnent souvent sous le doigt, appliqué à leur surface et percuté, la sensation d'un frémissement particulier, elles ne sont point accompagnées d'urines sanguinolentes ou purulentes. La même remarque est applicable aux tumeurs de la vésicule biliaire (1) qui débordent le foie. Ces tumeurs en s'allongeant conservent une disposition pyriforme, et ne soulèvent en arrière les lombes que dans les cas très rares où elles acquièrent un volume très considérable.

16° J'ai vu des tumeurs, dépendantes d'un des *ovaires*, s'élever jusque dans la région lombaire; mais ces tumeurs, plus mo-

(1) Petit. *Remarques sur les tumeurs formées par la bile* (*Mém. de l'Académie royale de Chirur.*, in-4, tom. 1, p. 155).

biles que les tumeurs rénales, peuvent être généralement refoulées par la pression dans l'hypogastre.

17° Les *kystes du tissu cellulaire* de l'abdomen et les *grossesses extra-utérines* sont des cas rares que le praticien doit avoir présens à l'esprit lorsqu'il établit son diagnostic, et qui n'ont que de faibles analogies avec les tumeurs formées par le rein distendu par du pus.

18° Il n'est pas toujours possible de distinguer, à un premier examen, les *tumeurs stercorales*, occasionées par l'accumulation des matières fécales dans le colon ascendant et dans le colon descendant, des tumeurs rénales. Comme dans ces dernières, les régions lombaires sont mates à la percussion, au moins sur leurs parties latérales ; lorsque les matières sont rassemblées en masses plus ou moins considérables, de semblables accumulations de matières fécales peuvent être accompagnées d'une sensibilité morbide des portions de l'intestin correspondantes au rein ; et, lorsqu'elles se sont formées chez des individus qui ont antérieurement présenté des désordres fonctionnels plus ou moins graves des voies urinaires, on comprend qu'il peut exister d'abord quelque incertitude dans le diagnostic. Toutefois les tumeurs que forme le colon ascendant ou le colon descendant obstrué par des matières fécales, sont ordinairement plus allongées, moins larges, d'une forme cylindrique plus marquée que les tumeurs rénales. A droite, les tumeurs stercorales se prolongent le plus souvent vers le cœcum, qui est mat dans quelques points et sonore dans quelques autres où il est distendu par des gaz. A gauche, la tumeur stercorale se dirige vers la fosse iliaque et vers l'excavation du bassin. Souvent on reconnaît en même temps que le colon transverse contient des matières fécales, dures et solides. Au reste, ces tumeurs stercorales sont plus communes du côté droit que du côté gauche, et, lorsqu'elles sont douloureuses au toucher ou à la pression, ce phénomène est ordinairement plus marqué en avant qu'en arrière; ce qui, dans la plupart des cas, est le contraire de ce qu'on observe dans les dilatations morbides du rein, lorsqu'il n'y a point d'inflammation de la portion correspondante du péritoine ; enfin les tumeurs

stercorales disparaissent après une ou plusieurs purgations.

§ 652. Après avoir reconnu qu'une tumeur lombaire est formée par l'accumulation d'une certaine quantité de pus dans le bassinet et les calices, et parfois en même temps dans le tissu cellulaire extra-rénal, il faut rechercher quelle a été la cause d'une semblable collection ; car, avant de procéder au traitement, il s'agit de déterminer si la suppuration et la distension du bassinet ont été consécutives à une rétention d'urine, occasionée elle-même par un rétrécissement de l'urèthre, par une tuméfaction de la prostate, ou une paralysie de la vessie ; ou bien si la distension du rein est la conséquence d'une occlusion de l'uretère occasionée par un champignon ou par un calcul engagé dans ce conduit, par une tumeur située dans son voisinage, ou bien enfin par des calculs formés dans le bassinet ou dans les calices.

Ce diagnostic des maladies *primitives* et antérieures à la pyélite calculeuse, exige qu'on procède d'abord à l'exploration de l'urèthre, de la prostate et de la vessie, et qu'on examine avec le plus grand soin les diverses régions de l'abdomen. Ce n'est pas tout encore : le diagnostic serait incomplet si on ne procédait avec le même soin à la recherche des maladies secondaires (Voyez : *Rapports de la pyélite avec les maladies des autres organes*).

De toutes les complications de la pyélite calculeuse, la plus fréquente est celle de la néphrite. Dans la pyélite chronique, l'atrophie progressive de la substance du rein rend cette complication plus rare et moins importante. Viennent ensuite, dans l'ordre de leur fréquence, les maladies de la vessie, puis toutes celles de la prostate et de l'urèthre qui occasionnent la rétention de l'urine dans la vessie, et par suite dans la cavité du bassinet et des calices.

§ 653. *Pronostic.* Quelque douloureuse que soit la pyélite calculeuse dans son *premier état*, elle est généralement peu grave, si un des reins seulement est affecté. Le pronostic est, au contraire, toujours grave dans le *deuxième état* et surtout dans les *troisième et quatrième états* de la pyélite calculeuse chronique, même lorsque les malades conservent les apparences de la santé, même lorsque l'urine n'est altérée que par l'augmen-

tation de la proportion du mucus. Car, en supposant que le bassinet s'accoutume, pour ainsi dire, à la présence d'un calcul rénal (et j'ai recueilli plusieurs exemples d'un semblable résultat), ce corps étranger, en augmentant progressivement de volume, finira par entraîner soit l'atrophie totale du rein, soit une rétention complète de l'urine et du pus dans le bassinet affecté; et, si, par malheur, le rein du côté opposé vient à s'enflammer, ou si l'uretère vient à être obstrué, même momentanément, par un calcul, une mort rapide pourra en être la conséquence.

Dans la pyélite calculeuse avec sécrétion purulente, le pronostic, déjà grave lorsqu'un des reins est affecté, l'est beaucoup plus lorsqu'ils le sont tous les deux. Ce n'est pas seulement de l'atrophie progressive du rein, et par conséquent de la diminution et de la cessation même de la sécrétion urinaire qu'il faut calculer les suites; d'autres dangers sont attachés à la suppuration de l'intérieur du bassinet et des parties contiguës du rein, savoir : la possibilité d'une perforation ou d'une résorption purulente, le développement d'une péritonite, celui de la phthisie pulmonaire, etc. Toutefois, j'ai déjà remarqué qu'on avait vu, dans des cas heureux, l'autre rein, resté sain, acquérir plus de volume et suppléer par l'activité de sa sécrétion à la destruction de son congénère.

Le pronostic est aussi plus ou moins grave, suivant que le pus est retenu dans le bassinet ou qu'il s'écoule plus ou moins librement par l'uretère dans la vessie.

Chez les femmes grosses, la pyélite calculeuse chronique est une cause d'avortement ou d'accouchement prématuré.

Lorsque de semblables collections purulentes dans le bassinet et les calices se font jour dans le tissu cellulaire extrapéritonéal, ou à l'extérieur, par une ou plusieurs fistules à la région lombaire, cette terminaison doit être regardée comme heureuse (Voyez : FISTULES RÉNALES).

Lorsque des voies de communication s'établissent entre ces dépôts purulens et le foie, les poumons, ou l'intestin, etc., cette terminaison est plus ou moins rapidement mortelle; elle l'est presque tout-à-coup lorsque le pus s'épanche abondamment dans la cavité du péritoine.

Lorsque, dans la pyélite calculeuse, le pus ou l'urine purulente ne peut se rendre dans la vessie par suite de l'occlusion complète de l'uretère, le pronostic est très grave si cet état se prolonge, et si on ne se hâte pas de frayer au pus une issue au-dehors.

Lorsque de semblables collections de pus dans bassinet sont suivies de fistules borgnes, les accidens qu'entraînent les vastes clapiers qui se forment autour du rein, sont beaucoup plus graves que ceux des simples dilatations du bassinet et des calices.

Le pronostic de la pyélite calculeuse peut être rendu beaucoup plus grave encore par d'autres lésions concomitantes des voies urinaires ou d'autres appareils.

§ 654. *Traitement.* Au début de la pyélite et dans son *premier état,* on réussit quelquefois à apaiser les douleurs néphrétiques par des bains tièdes prolongés et les boissons mucilagineuses, par de l'eau de lin, des émulsions, de la bière légère avec addition de laudanum, etc.; par l'application des sangsues et mieux encore par celle des ventouses scarifiées *loco dolenti.*

Lorsque la douleur est très aiguë et qu'elle est accompagnée de suppression d'urine, d'efforts violens et répétés pour vomir avec tendance à la syncope, les potions éthérées, les lavemens d'assa fœtida ou de feuilles de jusquiame, des frictions de camphre et d'opium dissous dans l'esprit-de-vin, ou bien encore les fumigations d'éther, remplissent une première indication, celle de calmer les spasmes ou de prévenir les évanouissemens et les syncopes.

Le plus ordinairement ces accidens cessent au bout de quelques heures, soit après l'expulsion au-dehors du gravier, soit par le fait de son passage de l'uretère dans la vessie. En de tels cas, on a quelquefois eu recours au froid avec succès : les malades s'étant mis nus, les pieds sur le pavé, plusieurs fois cette pratique a été suivie de l'expulsion du gravier ou du rétablissement de la sécrétion urinaire (1). Cette expulsion a quelque-

(1) Bourguet. *Obs. sur un cas remarquable d'ischurie rénale,* Bibl. méd., tom. LXXIII, p. 89.

fois aussi paru favorisée par l'application des ventouses sèches sur le trajet de l'uretère ou au périnée.

Lorsque les premiers accidens ont cédé, si le malade n'a pas expulsé au-dehors des graviers, si l'urine se charge de mucus et prend les caractères indiqués dans les *deuxième et troisième états*, il faut explorer la vessie; et, si on parvient à y découvrir un petit calcul, on cherchera à l'extraire ou à le briser, ou à en provoquer l'expulsion en faisant boire à jeun une grande quantité d'eau de fontaine ou d'eau minérale de Contrexeville.

Lorsqu'un gravier ou un calcul est engagé dans l'uretère et qu'il l'obstrue (circonstance indiquée par le siège de la douleur, la diminution de l'excrétion de l'urine, etc.), on a conseillé de susciter le vomissement, d'exciter le malade à tousser et à éternuer, et de lui faire faire des mouvemens brusques, de déterminer dans tout le corps de violentes secousses pour favoriser le passage du gravier dans la vessie. A ce sujet, je remarquerai que, dans les coliques néphrétiques, j'ai vu rarement l'expulsion des graviers suivre les vomissemens spontanés ou provoqués; et les malades sont trop souffrans pour chercher à tousser ou à éternuer. Quant au cas d'obstruction d'un des uretères par un véritable calcul, de semblables tentatives seraient inutiles et dangereuses.

Lorsque des graviers ou des calculs sont restés engagés dans les calices, le goulot du bassinet ou l'uretère, les accidens inflammatoires, entretenus par la présence de ces corps étrangers, seront combattus par les bains tièdes, par l'eau de lin, l'eau de Contrexeville et par les ventouses scarifiées.

La station et l'attitude assise, prolongées pendant plusieurs heures, réveillent presque toujours les douleurs. C'est un fait que j'ai mainte fois constaté chez des hommes de cabinet, chez des graveurs et d'autres personnes que leur profession obligeait à rester assis, et le corps incliné en avant, dans leur travail. Presque toujours, au contraire, les malades apaisent ou font cesser leurs douleurs, en se couchant horizontalement sur un des côtés du corps, et en fléchissant la cuisse sur le bassin.

Les malades doivent s'abstenir de rapports sexuels.

Plusieurs fois, lorsque la douleur avait résisté aux ventouses,

j'ai appliqué, avec succès, des vésicatoires volans sur la région d'un des reins.

En agissant de la sorte, on parvient à calmer, pour un certain temps, les accidens inflammatoires produits par la présence des graviers ou par celle d'un calcul dans le bassinet ou les calices; mais l'urine continue toujours ou au moins presque toujours d'être chargée de mucus ou de muco-pus. Dans le but de diminuer cette sécrétion, on a essayé l'action de l'huile essentielle de térébenthine, à dose graduée, depuis douze gouttes jusqu'à un gros par jour, pour une adulte. J'ai également employé le baume de copahu, la térébenthine cuite, la tisane de bourgeons de sapin, le poivre cubèbe, et je dois dire que, si dans un certain nombre des cas la sécrétion du mucus ou du muco-pus a été évidemment moins abondante, presque toujours aussi les exacerbations de la douleur rénale ont été plus rapprochées. De sorte qu'en définitive, le lait d'ânesse et l'eau de lin me paraissent les boissons auxquelles les malades doivent avoir habituellement recours, dans la grande majorité des cas.

2° La deuxième indication est celle du traitement physico-chimique de la gravelle ou des calculs rénaux. Certaines boissons qui peuvent être bues en grande abondance, telles que l'eau de fontaine, ou l'eau minérale de Contrexeville, agissent mécaniquement en lavant les calculs, en entraînant les petits graviers à travers les uretères, et en facilitant, par la fréquence des émissions de l'urine, l'expulsion de ces corps étrangers.

L'action de ces boissons sur les calculs rénaux proprement dits est renfermée dans des limites si étroites que, malgré tout ce qu'on a pu dire et écrire, il y a peu de compte à faire sur leur efficacité. Il ne faut pas s'exagérer, non plus, les avantages qu'on peut obtenir de l'action chimique de certaines substances sur la gravelle et les calculs rénaux de diverses natures. Sans doute, l'expérience a démontré que les boissons alcalines étaient généralement favorables dans le traitement de la gravelle et des calculs uriques, et dans les pyélites produites par ces concrétions; mais l'observation attentive de l'action de ces boissons a prouvé également que, dans la goutte (condition pathologique

dans laquelle s'engendrent le plus ordinairement la gravelle et les calculs uriques), le dépôt d'acide urique persistait après plusieurs cures d'eaux minérales alcalines; et que, d'un autre côté, l'action prolongée de ces boissons avait quelquefois de graves inconvéniens (Voyez : GRAVELLE).

Lorsqu'il résulte de l'examen de l'urine que les graviers ou les calculs, situés dans les calices ou le bassinet, sont principalement composés de phosphates (au moins dans leurs couches extérieures), la chimie, proprement dite, offre peu de ressources contre ces calculs. Généralement on recommande les boissons chargées d'acide carbonique; mais il est certain que ces boissons rendent bien rarement claires et transparentes les urines troublées par la précipitation des phosphates. D'ailleurs, l'observation d'un grand nombre de malades m'a démontré que la sécrétion d'une urine alcaline et trouble était, sinon toujours, au moins presque constamment le résultat d'une inflammation chronique des reins. Ce n'est pas à l'aide d'acides végétaux ou minéraux qu'on peut espérer de modifier la composition de telles urines; lorsqu'on atteint ce but, c'est en ayant recours au traitement que nous avons conseillé contre la néphrite chronique (Voyez : NÉPHRITE CHRONIQUE; GRAVELLE PHOSPHATIQUE). Je renvoie également à d'autres paragraphes (Voyez : GRAVELLE OXALIQUE, CYSTIQUE, etc.) l'exposé du traitement chimique des autres espèces de concrétions rénales qui peuvent déterminer l'inflammation des calices et du bassinet.

§ 655. Dans le *quatrième état* de la pyélite calculeuse, lorsque l'urine et le pus sont accumulés dans le bassinet et les calices, de manière à donner lieu à la formation d'une *tumeur* dans la région lombaire, on a conseillé, pour favoriser l'écoulement du pus par l'uretère, de chercher à déplacer le calcul par des pressions ou des secousses du tronc, par de longues promenades à cheval ou en voiture. Mais, à supposer qu'on parvînt ainsi à déplacer momentanément un calcul, de manière à ce que le pus se fît jour à travers l'uretère, l'inflammation n'en serait pas moins entretenue par la présence d'un corps étranger dont le passage dans la vessie serait devenu impossible. D'un autre côté, des pressions sur la tumeur rénale, lors-

qu'elle est déjà douloureuse, pourraient être nuisibles. Par cette manœuvre, on allumerait l'inflammation, et on s'exposerait même à opérer la rupture de la tumeur dans la cavité du péritoine, ou dans le tissu cellulaire extra-péritonéal.

Lorsque le pus s'écoule en petite quantité, chaque jour, du bassinet dans l'uretère et dans la vessie, soit le long d'une rigole que le pus et l'urine se sont creusée sur les parois du calcul, soit par un intervalle entre le conduit et le calcul; si la suppuration du bassinet n'est pas très abondante et n'entretient pas une fièvre hectique; si la tumeur rénale est peu douloureuse; si, après s'être remplie et distendue, elle se vide facilement par l'uretère; si les parties environnantes, le péritoine, le foie, la rate, n'offrent pas, de temps à autre au moins, quelques signes d'inflammation; si le malade n'a point de diarrhée et ne s'affaiblit pas sensiblement; il faut se borner à prévenir le développement d'une inflammation aiguë dans la tumeur et dans les parties environnantes, par le repos du corps, par l'usage habituel des bains, par les topiques émolliens et par un régime doux et régulier. Il faut se hâter de réprimer par des émissions sanguines, proportionnées à l'intensité du mal et aux forces du malade, les recrudescences d'inflammation qu'on observe, de temps en temps, dans de semblables tumeurs.

D'autres circonstances, telles que l'âge avancé du malade, des lésions graves de la vessie, de l'utérus, etc., peuvent d'ailleurs réduire le traitement à cette cure purement *palliative*.

§ 656. Mais il est d'autres conditions dans lesquelles la néphrotomie me semble devoir être pratiquée, ou au moins dans lesquelles l'ouverture de la poche formée par l'accumulation du pus dans les calices et le bassinet et dans le tissu cellulaire extra-rénal ne peut être différée :

Ainsi, lorsqu'une semblable tumeur rénale existe chez un individu d'ailleurs bien constitué; si elle est habituellement douloureuse, malgré l'emploi de boissons huileuses et émulsionnées, des bains et des émissions sanguines; si la fièvre est continue ou caractérisée par des paroxysmes nocturnes; si l'estomac et l'intestin sont dans un état habituel de malaise et de déran-

gement; si la tumeur, habituellement douloureuse, le devient davantage par la plus légère fatigue; si cette exacerbation de la douleur rénale est fréquente, et si elle est accompagnée d'une suppression complète de l'excrétion de l'urine purulente ou de symptômes d'inflammation des parties voisines; l'opération de la néphrotomie, malgré ses difficultés et malgré ses mauvaises chances, doit être pratiquée.

A plus forte raison, si une fluctuation superficielle s'est manifestée dans une étendue plus ou moins considérable de la région lombaire; s'il est évident qu'une accumulation de pus s'est faite entre le rein et le muscle carré des lombes, à plus forte raison, dis-je, une large ouverture doit être pratiquée, sans hésitation, à ces abcès, suites d'une inflammation secondaire du tissu cellulaire de cette région, ou, ce qui est beaucoup plus ordinaire, d'une ou plusieurs perforations du rein distendu par du pus (1). La profondeur de ces abcès, la lenteur avec laquelle les parties molles se sont amincies et perforées dans les cas où de semblables collections purulentes se sont fait jour d'elles-mêmes à l'extérieur, rendent dangereuse l'*expectation* que quelques praticiens recommandent dans l'espérance d'une *ouverture spontanée* de ces collections purulentes.

Avant d'indiquer les différentes manières d'ouvrir ces collections purulentes, de procéder à la recherche des calculs dans le rein, et d'entretenir la fistule extérieure pendant le temps nécessaire à leur extraction ou à leur issue spontanée, je rappellerai sommairement les rapports de la tumeur avec les parties voisines.

(1) Lafitte et Pouteau ont pratiqué avec succès, dans de semblables conditions, l'ouverture de tels abcès. Non-seulement ils ont été assez heureux pour que la santé des malades se soit sensiblement améliorée après l'évacuation du pus, mais encore pour que le calcul qui avait déterminé l'inflammation, se soit présenté au fond de la fistule, de manière à ce qu'ils ont pu en faire l'extraction, laquelle a été suivie d'une guérison complète. Toutefois, je crois devoir remarquer qu'ils ont à tort donné le nom de *néphrotomie* à la simple ouverture des abcès *extra-rénaux*, suites de pyélite calculeuse.

A mon invitation, M. Velpeau a fait, avec succès, une semblable opération, à une malade dont la mort était imminente.

Quand elle existe du côté droit, elle s'étend de haut en bas, depuis le bord inférieur du foie, dont elle est quelquefois séparée par une portion du colon transverse (lorsque la tumeur n'est pas très considérable), jusqu'à la crête iliaque. Il n'est pas même rare que la tumeur s'étende dans la fosse iliaque et même jusqu'au niveau de l'arcade crurale. Dans ce dernier cas, le colon ascendant est déjeté vers le bord interne de la tumeur, près de la colonne vertébrale. Le plus souvent cet intestin a contracté des adhérences intimes avec le rein. Lorsque la tumeur est très considérable, le cœcum, soulevé de la fosse iliaque, porté en dedans et en haut, se trouve vers le milieu de la tumeur et aplati contre elle et la paroi antérieure du ventre (ATLAS, Pl. XIII, fig. 11). La tumeur peut avoir contracté des adhérences intimes avec la face inférieure du foie, la vésicule du fiel, la portion pylorique de l'estomac, le colon transverse, les deux premières portions du duodénum et même avec le pancréas et les portions correspondantes des parois de l'abdomen. Le colon et le cœcum peuvent se perforer et se mettre en communication avec l'intérieur de la tumeur rénale.

Lorsque la tumeur est formée aux dépens du rein gauche, en haut elle a des rapports intimes avec la rate, qu'elle peut soulever de manière à simuler une augmentation du volume de cet organe; en haut et en dedans avec la grande extrémité de l'estomac, et avec la tête du pancréas. On a vu la tumeur s'étendre de plus en plus en haut, s'appliquer immédiatement sur le diaphragme, contracter des adhérences avec sa face inférieure, et une communication fistuleuse s'établir avec les bronches. En bas, le rein, très dilaté, peut avoir contracté des adhérences avec l'S iliaque du colon et le commencement du rectum; enfin la poche rénale peut s'ouvrir dans l'intestin, ou bien encore le pus peut fuser le long des parois du rectum et déterminer un abcès ou une fistule au périnée.

Mais ce qu'il importe surtout de bien connaître, ce sont les rapports de la tumeur rénale avec les lombes. Si la tumeur n'est pas encore considérable, on ne voit pas extérieurement de saillie proprement dite, mais on voit une déformation, une sorte de plénitude anomale du flanc, ou un défaut de cambrure

de cette région. A mesure que le volume de la tumeur augmente, elle fait de plus en plus saillie au dehors, et une véritable tumeur se dessine extérieurement dans le flanc. Si la mort survient, et qu'on dissèque la région lombaire, après avoir détaché successivement la peau, les muscles obliques, externe et interne, et le muscle transverse, on découvre la poche rénale, et on reconnaît qu'on peut facilement attaquer de semblables tumeurs avec l'instrument tranchant, sans intéresser le péritoine, ni aucune autre partie qu'il importerait de ménager. Toujours en arrière, mais plus en dedans, la tumeur rénale correspond au muscle carré des lombes et aux masses musculaires épaisses qui remplissent les gouttières vertébrales; en dehors, cette poche est contiguë supérieurement à la face interne des dernières côtes, et à une portion de la face inférieure du foie.

Ces dispositions connues :

1° *Premier procédé* (*incision*). — L'*incision* est de tous les procédés opératoires celui qui me paraît applicable au plus grand nombre de cas.

Je suppose d'abord le cas le plus difficile et le plus rare, celui dans lequel on est déterminé à ouvrir une poche rénale, sans abcès en arrière du rein. Le malade étant couché horizontalement sur le côté sain, le tronc étant légèrement arqué de manière à faire saillir la région lombaire, le chirurgien, après s'être assuré par la percussion de la dimension et des rapports de la tumeur, qu'un aide fait saillir en arrière en la comprimant avec la main par sa face antérieure, pratique de haut en bas une incision, à trois lignes du bord externe de la masse sacro-lombaire, et parallèlement à la colonne vertébrale. Cette première incision, commencée près du bord inférieur de la dernière côte, doit être prolongée jusqu'au rebord de la crête de l'os des îles et n'intéresser que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. A l'aide d'autres incisions successives, on approche de plus en plus de la tumeur rénale, et on porte, de temps à autre, le doigt au fond de la plaie pour reconnaître si la fluctuation n'est pas plus sensible dans un point que dans un autre. Ce point reconnu, on y plonge l'instrument et on débride, à l'aide d'un bistouri boutonné, avant que le pus ne se soit écoulé. Puis, à

l'aide d'un stylet mousse ou d'une sonde de femme, on cherche à reconnaître si on a réellement pénétré dans les calices et le bassinet dilatés, ou si on n'est parvenu que dans un abcès situé entre le rein et le muscle carré des lombes et dont on n'aurait pas soupçonné l'existence. Dans cette exploration, le chirurgien doit agir avec beaucoup de prudence. J'ai vu la déchirure d'une bride, ou plutôt d'un vaisseau, opérée par le doigt du chirurgien, être suivie d'une hémorrhagie considérable.

Si le doigt indicateur d'une des mains, porté au fond de la plaie, tandis que l'autre main est appliquée sur la face antérieure de la tumeur, sent de la fluctuation dans une véritable tumeur interposée entre les deux mains, il est évident qu'on n'a pénétré que dans un abcès extra-rénal et non dans la cavité de la poche rénale elle-même. Alors, après avoir abstergé soigneusement le fond de la plaie, il faut porter de nouveau le bistouri sur la tumeur et pénétrer dans l'intérieur des calices ou du bassinet, par une ouverture assez large pour pouvoir procéder à la recherche du calcul, et pour donner une libre issue au pus.

Ce qui importe le plus en de tels cas, est de fournir une large issue au pus qui distend le bassinet et les calices. Ce résultat obtenu, je conseille de ne point fatiguer les malades par des explorations douloureuses, prolongées dans l'espérance de rencontrer et de pouvoir extraire un ou plusieurs calculs. Leur situation dans l'uretère, dans le goulot du bassinet ou dans un calice éloigné de l'ouverture pratiquée à la tumeur rénale, peut empêcher de les découvrir; et, fût-on d'ailleurs assez heureux pour que l'instrument, en divisant le rein, tombât sur une des branches du calcul (ils sont souvent rameux), son extraction serait difficile ou même impossible après une exploration douloureuse. Mieux vaut retarder de plusieurs jours les tentatives de broiement ou d'extraction du calcul. Ce qui importe, c'est d'entretenir par un pansement convenable une large fistule, qui permette plus tard la sortie ou l'extraction des corps étrangers contenus dans le rein.

Lorsque le pus fait saillie à la région lombaire, presque sous la peau, l'opération offre, au premier abord, moins de difficultés. Lorsqu'il y a évidemment un abcès extra-rénal, consécutif à

une pyélite calculeuse ou à une fistule rénale, l'instrument peut être plongé, dès le premier temps, dans le foyer. On agrandit ensuite l'ouverture à l'aide d'un bistouri boutonné. Le plus souvent, après la sortie d'une grande quantité de pus très fétide, le flanc s'affaisse, et le doigt, porté au fond de la plaie, ne rencontre pas de tumeur formée par le rein, qui s'est vidé par une ouverture fistuleuse, ou qui n'entre que pour une faible part dans le volume de la tumeur; volume dû en très grande partie à l'abcès extra-rénal. Dans ce cas, il est inutile de procéder longuement à l'exploration du rein ou à la recherche du calcul; il serait dangereux de plonger au hasard le bistouri dans un rein affaissé ou applati; mais pour cela toutes les chances de succès et de guérison ne sont pas perdues. Plus tard, le rein peut se gonfler au fond du foyer; le calcul peut se rapprocher du fond de l'abcès extra-rénal, et son extraction peut être opérée à travers l'ouverture primitive, ou à l'aide de nouvelles incisions, comme dans un cas rapporté par Lafitte.

Si, à la suite d'une pyélite calculeuse et d'une fistule rénale borgne, il se forme une collection purulente très considérable aux lombes, et si le pus fuse derrière le péritoine et vient faire saillie au pli de l'aine, il faut se borner à ouvrir l'abcès au-dessus de l'arcade crurale par une incision parallèle au pli de l'aine et en coupant successivement, et couche par couche, les divers tissus situés au-devant de l'abcès.

En de tels cas, les malades succombent presque toujours aux progrès de la suppuration et de la fièvre hectique.

Les tumeurs formées par le bassinet et le rein que du pus distend, ne doivent jamais être attaquées par leur partie antérieure; ce serait s'exposer à pénétrer dans la cavité du péritoine ou dans celle de l'intestin.

Deuxième procédé (*incision et ponction*). On a conseillé de ne recourir à l'incision que pour arriver aussi près que possible du foyer de l'abcès rénal ou extra-rénal; de ne donner à l'incision qu'un pouce et demi de longueur; d'enfoncer un trois-quarts dans la plaie, jusqu'à ce qu'on n'éprouve plus de résistance sous la pointe de l'instrument; de retirer ensuite le trois-quart et de laisser écouler le pus par la canule. On a

ajouté que, si la collection purulente était très-voisine de la peau, on pourrait, après avoir retiré la canule, élargir la plaie avec le bistouri, mais qu'il était préférable de laisser la canule ou de la remplacer par une sonde en gomme élastique, si l'abcès était profond et si on n'avait pas la certitude que le rein eût contracté des adhérences avec les parties voisines. Enfin, M. Howship a proposé de pourvoir le stylet du trois-quarts d'une rigole qui, donnant passage au pus, lorsque l'instrument aurait pénétré dans le foyer, indiquerait à l'opérateur le moment où il devrait le retirer.

Ce procédé, moins sûr que celui qui consiste en une incision méthodique des parois de la tumeur, a l'inconvénient de ne permettre qu'une exploration difficile et incomplète du foyer et de la poche rénale.

Troisième procédé (*cautérisation et incision*). Ce procédé a été appliqué dans des cas où les malades s'étaient refusés à l'emploi de l'instrument tranchant, et dans d'autres cas où les abcès rénaux et extra-rénaux faisaient saillie à l'aine ou dans la région iliaque. Ce procédé a l'avantage d'opérer une certaine perte de substance à la peau, de déterminer des adhérences au pourtour de l'incision, circonstance utile dans les cas rares où on est obligé d'inciser des parties voisines de l'intestin, ou bien lorsqu'on a la crainte de pénétrer dans la cavité du péritoine. Toutefois cette crainte ne peut exister lorsqu'on pratique l'incision à la partie postérieure des lombes. En outre, la cautérisation, lente dans ses effets, n'est pas applicable lorsque la tumeur est très douloureuse et très distendue, ou lorsqu'il est à craindre qu'elle ne s'ouvre bientôt spontanément dans la cavité du péritoine ou dans une portion de l'intestin, etc.

L'incision est bien préférable dans d'autres cas encore où l'infiltration du pus et de l'urine dans le tissu cellulaire extra-péritonéal provoque de tels accidens qu'il importe de donner issue à ces liquides le plus promptement possible.

§ 657. Qu'on ait eu recours soit à l'incision, soit à la cautérisation, soit à ces deux moyens à-la-fois pour pénétrer dans l'intérieur d'un abcès extra-rénal ou dans le bassinet distendu par du pus; qu'on ait ou non extrait ou détruit un calcul; il faut entre-

tenir l'ouverture extérieure à l'aide d'une mèche, afin de laisser un libre écoulement au pus.

Si, lors de l'opération, on n'a pu découvrir ni extraire de calcul; si, après avoir renouvelé les explorations pendant plusieurs semaines, on n'a pas été plus heureux dans les nouvelles recherches; il est bon d'entretenir la fistule plus long-temps encore au cas où l'existence d'un corps étranger dans le rein est probable. On a vu des calculs formés dans le bassinet et les calices n'être rejetés qu'au bout de plusieurs années; et, d'un autre côté, la guérison momentanée de semblables fistules rénales a quelquefois été suivie d'accidens graves et même de la mort.

A cette occasion, je crois devoir rappeler une observation remarquable rapportée par Roonhuysen. Après avoir extrait d'un abcès extra-rénal ou du rein droit une pierre assez grosse, il conduisit le traitement de la plaie jusqu'à guérison. Le malade vécut en bonne santé pendant deux années entières; mais au bout de ce temps, il survint au même endroit des lombes une nouvelle inflammation. Ce chirurgien, ne doutant pas qu'elle n'eût pour cause un nouveau corps étranger, prit le parti d'ouvrir la cicatrice et trouva effectivement une deuxième pierre, plus petite que la première. La plaie se réunit, et le malade a toujours joui d'une parfaite santé.

§ 658. En donnant le conseil d'ouvrir les tumeurs formées par des collections purulentes dans la cavité du bassinet et des calices, ou par des abcès *secondaires* autour du rein, j'ai été surtout déterminé par cette considération que de semblables abcès, abandonnés à eux-mêmes, sont presque constamment mortels s'ils ne s'ouvrent point spontanément au-dehors (Voyez : FISTULES LOMBAIRES, RÉNALES). L'opération en elle-même n'offre point de dangers immédiats; de gros vaisseaux ne peuvent être intéressés, surtout lorsqu'il ne s'agit que d'un abcès extra-rénal; point d'hémorrhagies abondantes à craindre, au moins dans la grande majorité des cas; nul danger d'intéresser le péritoine ou l'intestin. Il n'y a réellement contre l'opération que les difficultés inséparables de la recherche des calculs rénaux, de leur broiement ou de leur extraction; difficultés qui peu-

vent être ajournées, l'opération étant surtout motivée par la nécessité de donner une issue au pus et de prévenir la perforation dans le péritoine de l'espèce de kyste formé par les calices et le bassinet distendus.

Aujourd'hui que la structure de semblables tumeurs est bien connue, que la chirurgie possède des instrumens plus commodes pour saisir, détruire ou extraire les pierres, on ne doit pas s'arrêter aux objections qu'on a faites contre la néphrotomie d'une manière générale. D'ailleurs, on peut opposer aux fâcheux résultats de la méthode expectante les succès aussi remarquables qu'incontestables obtenus par Gaspard Bauhin (1), Pouteau (2), Lafitte (3), Labatte (4), Sauré (5), Roonhuysen (6), Colot (7), Ledran (8), et d'autres praticiens. Sans doute, dans la plupart de ces cas, l'opération pratiquée n'a pas été rigoureusement une néphrotomie ; dans plusieurs, le calcul, extrait au moment de l'opération, était situé dans un abcès extra-rénal, consécutif à une fistule du rein ; et dans d'autres cas l'extraction du calcul n'a pas été faite au moment de l'opération, le chirurgien s'est borné à pénétrer dans l'abcès extra-rénal, et il a attendu que le calcul y fût entré spontanément (à la suite d'une perforation opérée dans un point de la poche rénale), pour en faire l'extraction.

§ 659. Mais on ne doit point songer à pratiquer la néphrotomie:

(1) Une fille, née de parens calculeux, fut attaquée d'une tumeur à la région des lombes, à la suite d'une suppression totale d'urine. Un chirurgien appliqua inutilement, pendant deux mois, des cataplasmes maturatifs sur cette tumeur, espérant qu'elle s'abcéderait. Il distingua enfin un point fort dur dans la tumeur, et pratiqua une incision par laquelle il fit l'extraction de deux calculs, et cette opération eut tout le succès possible (Voyez : Schenck. *Obs. medic.*, lib. III, *de renibus.*, Obs. VIII).

(2) Pouteau. *Mélanges de chir.* Lyon, 1760, in-8, p. 456.

(3) Lafitte. *Mém. de l'Acad. royale de chirur.*, t. II, p. 233.

(4) Labatte. *Ibid.*, p. 237.

(5) Sauré. *Ibid.*, p. 236.

(6) Roonhuysen. *Obs. chirurg.* Extraction de deux pierres.

(7) Colot. *De la taille*, p. 36 et 40.

(8) Ledran. *Obs. de chirurg.*, tom. II, obs. LXVI, p. 87.

1° Lorsqu'on a acquis la certitude, par la marche et le développement de la maladie, que les deux reins sont affectés et contiennent probablement des calculs, pourvu toutefois qu'il n'existe pas d'abcès extra-rénal, abcès dont l'ouverture ne doit jamais être négligée, ni même différée ;

2° Lorsque le pus s'écoule librement du bassinet dans l'uretère, lorsqu'il n'existe pas de tumeur rénale, ni de craintes immédiates de perforation du rein, et surtout lorsqu'un état satisfaisant de la constitution permet de supposer que le rein du côté opposé à celui qui est affecté, a pris un surcroît proportionnel d'activité ;

3° Lorsqu'il existe, en même temps, des lésions incurables de la vessie ou de la prostate, ou des lésions très graves d'un ou de plusieurs viscères (Voyez : *Historique*).

Pyélite vermineuse.

§ 660. On trouve quelquefois des *strongles* dans les reins des chiens et des loups ; il est beaucoup plus rare d'en rencontrer dans les reins de l'homme (Voyez : STRONGLE, ATLAS, Pl. XXIX, fig. 6 et 7). Ces vers déterminent une inflammation chronique du bassinet et quelquefois une atrophie presque complète des substances rénales. Ils peuvent être rendus pendant la vie, avec les urines, ou même, d'après quelques observateurs, par une fistule rénale, lombaire, consécutive à la dilatation et à la perforation du bassinet. D'autres vers, tels que le *spiroptère* (ATLAS, Pl. XXVIII, fig. 7), peuvent probablement aussi occasioner une inflammation chronique du bassinet ; mais ces cas sont excessivement rares (Voyez : SPIROPTÈRES).

Pyélite acéphalocystique.

§ 661. La pyélite acéphalocystique est très rare, même comparativement à la rareté des kystes acéphalocystiques des reins de l'homme.

Les malades qui rendent des acéphalocystes avec les urines, éprouvent, lors du passage de ces vers à travers l'uretère, des

douleurs très vives dans un des reins, avec des élancemens dans la direction de son conduit excréteur. Ces accidens disparaissent ordinairement après l'expulsion des hydatides et sans qu'il s'établisse de sécrétion purulente. Cependant on a vu des malades rendre des pellicules hydatiques dans une urine trouble et purulente (Voyez : KYSTES ACÉPHALOCYSTIQUES).

Pyélite par rétention d'urine.

§ 662. Non-seulement des matières solides, des calculs, des vers, des acéphalocystes peuvent, par leur présence, ou en gênant ou obstruant le cours de l'urine dans le rein, enflammer le bassinet, mais l'urine elle-même, retenue et accumulée dans ce conduit par suite d'un rétrécissement ou d'une oblitération d'une partie des voies excrétoires, peut produire les mêmes effets et les mêmes désordres. Il est rare que, dans la pyélite par simple rétention d'urine, la membrane muqueuse du bassinet sécrète autant de pus que dans la pyélite calculeuse. Au reste, dans les pyélites que produit une rétention d'urine déterminée par le rétrécissement ou la compression des uretères, par une tumeur dans la vessie, par un rétrécissement de l'urèthre, etc., la tumeur acquiert rarement des dimensions très considérables. Et, à supposer qu'on prît, pour une pyélite calculeuse, une pyélite occasionée par une simple rétention d'urine, le traitement serait à-peu-près le même avant et après l'ouverture de la tumeur; dans les deux cas, il serait indiqué d'entretenir, pendant quelque temps, une fistule qui permît une libre issue au pus et à l'urine.

Pyélites par dépôts organiques.

§ 663. Il faut rapprocher des pyélites produites par des corps étrangers, celles qui surviennent à la suite des dépôts de matières *tuberculeuse*, *cancéreuse*, etc., dans les reins.

Lorsque la dégénérescence *tuberculeuse* est arrivée au plus haut degré dans ces organes, il se forme des tubercules dans la membrane muqueuse du bassinet et des calices et au-dessous

d'elle. Ces tubercules, quelquefois entourés d'une légère rougeur, se ramollissent et s'ulcèrent ; la surface du bassinet sécrète un liquide séro-purulent dans lequel nagent de petits flocons blanchâtres, formés par des parcelles de matière tuberculeuse, détachée (Voyez : TUBERCULES DES REINS).

L'affection *cancéreuse* du bassinet ou de la substance des reins peut, en amenant un obstacle au cours de l'urine, déterminer une pyélite générale ou partielle. L'inflammation du bassinet est bien rarement occasionnée par l'infiltration de la matière cancéreuse.

Pyélites indépendantes de corps étrangers.

§ 664. La plupart des pyélites dont il me reste à parler, sont indépendantes de la présence d'un corps étranger dans le bassinet et les calices. Il en est (pyélites *traumatiques*) qui peuvent résulter d'une plaie ou d'une contusion dans la région rénale ; d'autres inflammations du bassinet sont dues à l'action des cantharides appliquées à la surface de la peau dénudée, ou prises intérieurement. Dans le cours de la blennorrhagie et surtout après sa brusque suppression, il survient, et moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens, une inflammation légère, mais rebelle, de la membrane muqueuse de la vessie ; inflammation qui des uretères se propage jusqu'au bassinet et s'accompagne de douleurs rénales.

J'ai déjà indiqué les symptômes et le traitement de la pyélonéphrite traumatique (§ 375). Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai déjà dit des inflammations du rein, des calices et du bassinet produites par les cantharides (§ 397). On reconnaît la pyélite *blennorrhagique* à sa cause et à son mode de développement (§ 414, 415); elle doit être combattue dans sa première période par l'application des ventouses sur la région rénale, par les boissons mucilagineuses et huileuses, par les émolliens, etc. Dans la seconde période, lorsque la sécrétion du mucus est abondante, on emploie avec succès le baume de copahu à la dose d'un ou de deux gros dans les vingt-quatre heures. On administre ce remède mélangé avec la magnésie, ou enveloppé dans des capsules; toutefois, son

action est plus certaine lorsque les malades peuvent le prendre dans un peu d'eau ou enveloppé dans un pain à chanter. Il arrive quelquefois que le baume de copahu, loin de diminuer la sécrétion du mucus dans la cystite et la pyélite blennorrhagiques, semble au contraire l'augmenter; dans ce cas, il faut suspendre l'usage du baume de copahu ou des autres balsamiques qui auront été employés, et les remplacer par l'eau de lin alternée avec la tisane d'*uva ursi*. D'autres circonstances, telles que la coïncidence d'une inflammation du gros intestin, peuvent aussi s'opposer à l'emploi du baume de copahu.

Je n'ajouterai plus qu'une dernière remarque à l'occasion de ces pyélites blennorrhagiques : c'est à leur développement qu'il faut quelquefois attribuer la production de calculs rénaux chez des individus qui ont eu successivement plusieurs blennorrhagies, sans rétention d'urine.

§ 665. Il me reste à parler de quelques autres espèces de pyélites généralement beaucoup plus graves, savoir : des pyélites *hémorrhagiques, pseudo-membraneuses* et *gangréneuses*.

Pyélite gangréneuse.

§666. La pyélite simple, la pyélite calculeuse, et surtout la pyélite qui survient quelquefois dans les résorptions purulentes et les affections gangréneuses, peuvent se terminer par hémorrhagie et par gangrène. Le bassinet et les parties contiguës au rein offrent un ramollissement putrilagineux, des flocons et des filamens brunâtres, flottans comme un gazon quand on plonge le rein sous l'eau. Les parties affectées et le liquide urineux contenu dans le bassinet et les calices exhalent une odeur *gangréneuse*, caractéristique.

Lorsque le bassinet est frappé de gangrène dans la pyélite calculeuse, le tissu rénal lui-même est presque toujours enflammé; parfois, il est réduit en une sorte de putrilage dans quelques points, et offre une ou plusieurs perforations dans quelques autres.

La gangrène du bassinet est-elle la suite d'une distension; le

plus souvent la membrane muqueuse de ce conduit a une couleur très foncée, analogue à celle qui résulterait de l'imbibition de cette membrane par du sang en putréfaction.

Dans d'autres cas, on voit à la surface interne du bassinet de fausses membranes d'une couleur livide; au-dessous de ces fausses membranes, la membrane muqueuse, déchiquetée par places, paraît rude quand on promène le doigt à sa surface; sous l'eau, elle offre de légers filamens, flottans comme un gazon. L'urine contenue dans le bassinet exhale une odeur infecte.

Dans la plupart des cas de gangrène du bassinet et du rein, occasionée par des calculs, il y a un obstacle à-peu-près complet au cours de l'urine, et les caractères importans qu'elle offrirait ne peuvent être observés. Dans les cas même où les voies urinaires ne sont pas entièrement obstruées, le mélange de l'urine provenant du rein malade avec l'urine fournie par le rein sain, rend moins frappans les caractères de cette humeur. Toutefois, *l'odeur gangréneuse* de l'urine, qu'il ne faut pas confondre avec l'odeur ammoniacale, indique assez sûrement une affection gangréneuse des reins, du bassinet, des uretères ou de la vessie; mais il n'est pas toujours facile de reconnaître laquelle de ces parties est le siége du mal.

Dans la pyélite *essentiellement gangréneuse*, et qui survient dans certaines affections générales charbonneuses ou chez les femmes en couches par exemple, non-seulement le bassinet d'un des reins, mais les deux bassinets sont frappés de gangrène, et les reins eux-mêmes sont transformés en une masse mollasse qui se déchire avec la plus grande facilité. Les bassinets, tuméfiés et infiltrés d'une matière sanieuse, comme toutes les parties des reins, exhalent une odeur infecte; on n'aperçoit pas de fausses membranes, ni, le plus souvent, de véritable pus, dans les reins ni dans leurs conduits excréteurs.

Presque tous les cas de pyélite gangréneuse, rapportés dans les auteurs, ont été méconnus pendant la vie. Toutefois, quelques symptômes pourraient faire soupçonner cette maladie. Les uns, tels que la dépression subite des forces, la petitesse du pouls, les sueurs froides, sont communs à toutes les affections

gangréneuses. D'un autre côté, on observe quelquefois dans des pyélo-néphrites ou dans des néphrites doubles, compliquées ou non de cystite ou de rétention d'urine, cette même dépression des forces, cette petitesse du pouls, ces sueurs froides, tous les symptômes enfin de la gangrène rénale. D'autres symptômes, tels que la fétidité de l'urine et sa couleur brune, semblable au jus de fumier, sont communs aux affections gangréneuses des reins et de la vessie.

Quand la gangrène n'occupe qu'une petite étendue du rein ou du bassinet, la mort peut arriver sans être précédée des symptômes généraux, propres aux affections gangréneuses.

La pyélo-néphrite gangréneuse est constamment mortelle, si on excepte peut-être les cas de gangrène partielle de la partie postérieure du rein produite par des calculs. Dans ces cas, on se hâtera d'ouvrir l'abcès qui se formera inévitablement aux lombes; on soutiendra les forces du malade par des remèdes toniques et fortifians, et par des bouillons de viande de bœuf. Si la dépression des forces est très grande et s'il survient des défaillances, on donnera, de temps en temps, quelques cuillerées d'un vin vieux. Les chlorures de soude ou de chaux, administrés à l'intérieur, sont plus nuisibles qu'utiles.

§ 667. Dans quelques inflammations du bassinet, des calices et de l'uretère, l'intérieur de ces conduits et même la face interne de la vessie, se couvrent de fausses membranes grisâtres ou noirâtres et infiltrées de sang (pyélite *pseudo-membraneuse*). Cette forme de la pyélite, qui se déclare le plus ordinairement après l'opération de la taille et dans certaines rétentions d'urine produites par des fongus de la vessie et des tumeurs de la prostate, est extrêmement grave. Dès le début, elle est accompagnée de symptômes putrides, bientôt suivis de stupeur. Elle se distingue de la pyélite gangréneuse, surtout par une bien moins grande fétidité de l'urine.

§ 668. A l'ouverture du corps d'individus morts de pyélite, on trouve quelquefois dans le bassinet dilaté, au lieu de pus ou de mucus, un liquide sanguinolent, lie de vin, mais sans odeur gangréneuse (pyélite *hémorrhagique*). La surface interne du

bassinet est parcourue par un grand nombre de vaisseaux ou parsemée de larges ecchymoses (ATLAS, Pl. XV, fig. 1). La teinte brunâtre du liquide contenu dans le bassinet est évidemment due à du sang altéré. Parfois, il n'existe point de caillots dans le bassinet; d'autres fois, le sang, déposé plus abondamment, est coagulé, ou plus ou moins altéré et mélangé de pus. Par le repos, l'urine donne un sédiment dont les globules sanguins forment constamment la couche supérieure, et les globules de pus la couche inférieure. C'est surtout par l'odeur de l'urine qu'on distingue ces pyélites hémorrhagiques des pyélites gangréneuses.

Observations particulières.

§ 669. Ces observations sont destinées à établir plusieurs points de pratique qui n'auraient pu être exposés convenablement dans une description générale.

Je rapporterai d'abord trois cas de pyélite exempts de complication et qui correspondent à trois formes bien distinctes de cette maladie. Un premier cas est principalement caractérisé par des coliques néphrétiques et par l'excrétion d'une urine chargée de mucus et de sang, et tenant en suspension des grains d'acide urique. Les symptômes de la pyélite s'exagéraient dans des *crises*. La cure n'a été que palliative, j'ai pensé qu'il existait, dans le bassinet ou dans l'uretère, un corps étranger dont l'expulsion ne pouvait être opérée.

La seconde observation est un exemple de pyélite calculeuse chronique double, terminée rapidement par la mort, dans un paroxysme très aigu. Enfin, le troisième cas est un exemple de pyélite chronique, non calculeuse, dans lequel le bassinet et le rein droits étaient transformés en une vaste poche remplie de pus. M. Howship pratiqua la néphrotomie ; à la suite de l'opération une grande quantité de pus fut évacuée, ce qui n'empêcha pas la malade de succomber six semaines après l'opération.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit des inconvéniens et des avantages de l'expectation, dans les cas de pyélite calcu-

leuse. Je remarquerai, toutefois, qu'il est impossible de songer à pratiquer la néphrotomie dans les cas de pyélite calculeuse double. Le traitement antiphlogistique est le seul palliatif applicable; et souvent il ne peut prévenir une terminaison promptement funeste (Obs. II).

Obs. I. — Pyélite chronique sans tumeur; coliques néphrétiques; variations remarquables dans la composition des urines) urines alternativement sanguinolentes, chargées de mucus ou parfaitement claires); soulagement par le repos, l'eau de Contrexeville, etc.

Delacour (Alexandre), âgé de 16 ans, sans profession, bien constitué et présentant les signes de la santé, fut amené, le 21 septembre 1835, à l'hôpital de la Charité. On le disait affecté d'une maladie des reins, depuis huit à dix ans. Après beaucoup de questions, voici ce qu'on apprit : depuis plusieurs années, quelquefois l'urine avait présenté une couleur rouge plus ou moins foncée, comme si elle eût contenu du sang; mais l'émission n'en avait jamais été douloureuse, ni difficile. Une douleur vive, revenant par intervalles, s'était fait sentir suivant le trajet de l'uretère du côté gauche; mais point de douleur dans la région de la vessie, ni dans la région des reins. Pendant les accès, les antiphlogistiques avaient soulagé le malade.

La vessie ne dépassait pas le pubis, et l'hypogastre n'était pas sensible à la pression; l'exploration de la vessie par la sonde ne fit point découvrir de calcul. La région des reins n'était ni saillante, ni bombée; en palpant le flanc, on ne sentait aucune tumeur; la pression du ventre dans la direction de l'uretère gauche déterminait de la douleur, surtout vers le milieu de son trajet. Le malade ayant les cuisses fléchies, il fut possible de déprimer fortement les parois abdominales, et on crut sentir, du côté gauche, au niveau du détroit supérieur du bassin, dans un point rapproché de la colonne vertébrale, un petit corps cylindrique assez dur, du volume d'une noisette. On ne trouvait rien d'analogue du côté opposé. On recommanda au malade de recevoir dans des bocaux séparés les diverses émissions de l'urine de la journée et de la nuit. Huit bocaux contenaient trois livres et demie d'urine; dans plusieurs on remarqua du mucus et un

grand nombre de grains d'acide urique (*Saignée du bras; cataplasme sur le ventre*).

Quelques jours après, on examina de nouveau toutes les urines rendues en vingt-quatre heures. Il y en avait environ sept livres et demie, en huit bocaux. Dans les deux premiers (urine rendue le matin, vers dix et onze heures), on voyait un nuage de mucus, semé de grains d'acide urique. Par quelques gouttes d'acide nitrique, l'urine se troublait; elle prenait une couleur rosée par la chaleur, sans s'éclaircir. L'urine rougissait fortement le papier de tournesol (*Douze grains de bicarbonate de soude; une livre d'émulsion; tisane de chiendent; demi-portion d'alimens; tous les deux jours, bain tiède*). Les urines changèrent peu d'aspect. Parmi les huit ou dix bocaux d'urine que Delacour rendait habituellement en vingt-quatre heures, il y en avait dont l'urine était alcaline (probablement par le fait de l'action du bicarbonate de soude), et d'autres dont l'urine était acide. En examinant, chaque jour, toutes les émissions d'urine, on remarqua que, dans plusieurs bocaux, elle était chargée de mucus et de sang, tandis que d'autres contenaient une urine parfaitement claire et transparente.

Dans les premiers jours d'octobre, et sans qu'il y eût augmentation de douleur, toutes les émissions d'urine furent chargées d'une certaine quantité de sang (*Saignée du bras*, sans soulagement appréciable).

Le 4 octobre, l'urine de toutes les émissions contient du mucus.

Le 5, il y a, non-seulement du mucus dans l'urine de tous les bocaux, mais dans trois elle est brunâtre comme si on y avait mêlé une certaine quantité de sang; elle a tout-à-fait l'aspect qu'elle présente dans l'hydropisie aiguë, à la suite de la scarlatine. Par l'action de la chaleur l'urine s'éclaircit d'abord, mais par l'ébullition elle donne un coagulum. On pratique de nouveau le cathétérisme sans découvrir de corps étranger dans la vessie.

Les jours suivans, l'urine présente toujours à-peu-près les mêmes caractères. Dans quelques bocaux elle est claire, dans d'autres trouble, jaunâtre, rougeâtre et quelquefois noirâtre,

comme si l'on y avait ajouté du sang; elle offre de nombreux globules sanguins à l'inspection microscopique.

Le 9, de sept bocaux d'urine, trois contenaient de l'urine noire. Le 13, un bocal contenait de l'urine sanguinolente, plusieurs de l'acide urique, qui avait cessé de paraître depuis plusieurs jours (le malade prenait seize *pastilles de Vichy*, par jour). Le 22 octobre, un des bocaux contenait une urine noirâtre. Le 27, le malade accuse de la douleur dans le trajet de l'uretère. Le 5 novembre, un peu de sang dans l'urine, sans que la douleur ait augmenté. Le 12, deux bocaux d'urine noire. Le 22, pour la première fois, tous les bocaux contiennent une urine saine. Le 23, le malade n'a pas souffert, et cependant l'urine de tous les bocaux contient du mucus (*Eau de Contrexeville*). Le 25, le malade a bu deux bouteilles d'eau de Contrexeville, de six à huit heures du matin. L'urine de la veille est chargée de mucus et de sang; elle était plus ou moins noirâtre; l'urine, rendue depuis sept heures du matin, est incolore, insipide, inodore et en tout semblable à de l'eau; par le refroidissement elle ne dépose pas de mucus. Le 26, *trois bouteilles d'eau de Contrexeville*; l'urine rendue le 26, à neuf heures du matin, trois heures après que l'eau de Contrexeville avait été prise, est incolore, insipide, sans odeur urineuse. Le 27, trois bocaux contiennent une urine jaunâtre; dans les autres, elle paraît tout-à-fait aqueuse. Le 28 et le 29, à-peu-près même état.

Le 30 (*trois bouteilles d'eau de Contrexeville*), trois bocaux contiennent l'urine de la veille, au soir, qui avait une couleur citrine; l'urine du matin est aqueuse, insipide et inodore.

En résumé, habituellement et presque tous les jours, le malade rend alternativement des urines, dont les unes sont naturelles et même aqueuses, tandis que les autres sont chargées de mucus, parfois d'albumine et de globules sanguins.

Vers le 13 décembre, pendant deux jours, le mucus paraît être remplacé par du pus. L'urine, rendue entre dix heures et deux heures dans la journée, est presque toujours celle qui est le plus altérée, même quand le malade a pris de l'eau de Contrexeville.

M. Velpeau et M. Sanson, qui se trouvait à l'hôpital de la

Charité, virent le malade lors de son admission, et ne reconnurent pas de calcul dans la vessie, qui était très sensible.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade a eu trois crises. Comme dans les précédentes, une douleur lancinante le forçait à fléchir fortement la jambe en marchant; cette douleur était accompagnée d'ardeur dans l'émission de l'urine. Dans les crises, il y avait douleur à la région des reins, surtout lorsqu'on pressait le flanc gauche, ou lorsque le poids du corps portait sur cette partie. Le mouvement que faisait le malade, pour se mettre sur son séant, ne lui causait point de douleur, mais un mouvement de rotation du tronc en déterminait; dans la marche, une vive douleur se faisait sentir dans la région du rein gauche.

Pendant les crises, les urines sont toujours plus ou moins sanguinolentes, chargées de mucus en flocons, et déposent de l'acide urique. Le malade est sorti, le 1er février 1836, éprouvant encore de la douleur dans le rein gauche à la pression et pendant les mouvemens de rotation du tronc. La proportion de mucus sanguinolent dans l'urine avait beaucoup diminué; on n'y trouvait plus de cristaux d'acide urique. L'état général du malade s'était singulièrement amélioré, et il avait pris de l'embonpoint; son teint était frais; la santé générale était parfaite, bien que la pyélite persistât. A la percussion, les régions voisines de la rate et des reins donnaient un son normal, et il n'y avait pas de distension du rein.

Obs. II. — Double pyélite calculeuse chez une jeune femme; hématurie au début; plus tard urines purulentes; vomissemens; mort (Dance. *Arch. génér. de méd.*, t. XXIX, p. 149).

Une jeune fille, âgée de 23 ans, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 12 janvier 1824. Elle disait avoir éprouvé, il y a deux ans et demi, une longue maladie qui avait débuté par un pissement de sang accompagné de douleurs fixes et continues dans la région des reins. Peu-à-peu, les urines étaient devenues troubles, épaisses, enfin blanchâtres et purulentes. Elle les rendait fréquemment et en petite quantité. Au bout de dix-huit mois, et après l'application d'un grand nombre de sangsues à

la région des reins, la malade parut se rétablir; les douleurs rénales se convertirent en un sentiment de pesanteur habituel, mais supportable; toutefois, les urines ne cessèrent de fournir un sédiment puriforme, sans mélange de graviers ni de calculs. Enfin, il y a trois semaines, les règles ayant été supprimées brusquement par l'impression du froid, la malade est tombée dans l'état que voici : face altérée, yeux caves, douleurs répandues dans toute la cavité du ventre, augmentant par la pression, mais se faisant sentir principalement dans la région des lombes; bouche amère, soif, envies de vomir; urines blanchâtres, rendues avec peine et en petite quantité; pouls fréquent (*trente sangsues à l'anus; tisane de chiendent et de réglisse; émulsion*, IV ℥; *diète*). Les deux jours suivans, on renouvelle l'application des sangsues au nombre de vingt chaque fois; les douleurs abdominales se calment et se concentrent dans la région des deux reins, notamment à gauche. Le quatrième jour, des vomissemens verdâtres, abondans, surviennent tout-à-coup; le pouls devient petit et faible; la face s'altère profondément; les urines fournissent un dépôt entièrement purulent (*bain de siége; cataplasmes sur le ventre*). Le cinquième jour, les vomissemens continuent, le pouls s'efface, les membres se refroidissent, et la mort arrive le sixième jour au matin.

Ouverture du cadavre au bout de vingt-quatre heures. Léger amaigrissement, faible rigidité cadavérique; organes céphaliques et pectoraux exempts de toute altération, ainsi que les viscères digestifs. Reins environnés d'un panicule graisseux assez épais, d'un tiers environ plus volumineux que dans l'état naturel, bosselés à leur surface et d'une dureté insolite, mais offrant çà et là quelques points de fluctuation. En incisant ces organes par leur centre, le bistouri a été arrêté mainte et mainte fois dans sa marche par de nombreux calculs nichés dans sa substance, et a donné lieu en même temps à plusieurs jets de pus liquide. Le rein gauche contenait neuf calculs, et le droit en contenait quinze, tous baignés par la matière purulente dont il vient d'être question, et enchâssés dans des espèces de loges tapissées elles-mêmes par une membrane muqueuse d'un rouge foncé. Ces loges n'étaient autre chose que la cavité des bassi-

nets, des calices et de leurs tubes, ou mamelons dilatés outre mesure. Vouloir décrire la forme de tous ces calculs, serait chose impossible, tant cette forme était variée, même pour chacun d'eux. L'un ressemblait à une racine de bistorte par ses contours irréguliers; celui-ci avait une tête et une extrémité pointue analogues à celles d'un clou; un autre présentait des embranchemens rameux comme le bois d'un cerf; un dernier enfin était tuberculeux à la manière d'un choufleur. Tous étaient contigus dans le même rein et se joignaient par des facettes lisses et variables dans leur configuration. La plus remarquable de ces espèces d'articulations consistait dans la réception d'une tête arrondie dans une cavité, véritable énarthrose qui permettait des mouvemens en tous sens. Le rapprochement de ces calculs, par leurs facettes correspondantes, donnait lieu à une figure bizarre, qui rappelait celle qu'affectent certains zoophytes agglomérés; la couleur en était blanche, jaunâtre, gris cendré; plusieurs couches entraient dans leur composition; l'acide urique et le phosphate ammoniaco-magnésien paraissaient en former la base, si l'on en juge par le simple aspect extérieur. Du reste, la substance propre des reins était dilatée, amincie, mais nullement altérée; les uretères offraient une couleur marbrée noirâtre, et un épaississement contre nature de leur membrane interne. La vessie était petite et racornie; sa membrane muqueuse épaissie et d'un rouge brun uniforme. Elle contenait une verrée environ de matière épaisse, purulente; point de calcul.

Obs. III.— Pyélite chronique; incision et ponction du rein; mort (Howship. *A practical treatise, etc., of the most important complaints that affect the secretion and excretion of the urine*, p. 40, in-8, London, 1823).

En 1794, je vis, dit M. Howship, une jeune dame mariée depuis un an. Elle sentait de l'irritation au col de la vessie depuis cinq mois, et elle éprouvait un fréquent désir de rendre l'urine, qui déposait une grande quantité de mucus épais. Elle attribuait cette affection à un refroidissement pendant la menstruation, laquelle avait cessé tout-à-coup et n'avait plus reparu. La maladie dura six semaines, malgré l'emploi des

opiacés et d'autres moyens rationnels. Ces premiers accidens cessèrent alors, et il survint une douleur fixe dans le rein droit. Peu de jours après, il se manifesta, sur ce point, une tumeur qui s'accrut en s'étendant vers la région du foie. La tumeur grossit graduellement, pendant deux mois.

Je fus appelé à cette époque, et je trouvai dans la région du foie une large tumeur, contenant évidemment un liquide. Ce cas me parut semblable à plusieurs autres que j'avais déjà vus, et dans lesquels la maladie n'existait pas dans la partie où les premiers symptômes s'étaient manifestés. Je crus que cette dame n'avait point de maladie à la vessie; mais bien une douleur vésicale symptomatique d'une affection primitive du rein droit, devenu adhérent avec le foie. Je pensai, quoi qu'il y eût du pus dans la tumeur, que la grande dureté des parties environnantes rendait l'expectation préférable, jusqu'à ce que le foyer, encore très profond, fût plus près de la surface; qu'au reste, dans quelque viscère que le pus fût renfermé, l'ouverture de l'abcès était la seule chance de guérison, bien qu'elle fût faible.

En peu de semaines, le foyer parut plus superficiel. Le chirurgien ordinaire me dit de l'ouvrir, si je pensais que cela fût utile. J'incisai soigneusement entre deux des côtes inférieures sur la région du foie (1), et je découvris une tumeur blanche et luisante, dans laquelle je plongeai un trois-quarts à hydrocèle; je tirai cinq pintes et demie (2) d'une matière d'une odeur fétide. La malade vécut six semaines après l'opération. Pour que la matière fût convenablement évacuée sans salir le lit, une canule fut mise dans la plaie, et la tumeur vidée deux fois par jour. La quantité de liquide évacuée chaque fois, était de quatre onces. La malade s'affaiblit graduellement et succomba.

Le foie était sain, mais des adhérences l'unissaient avec le

(1) Ce n'est point dans ce point qu'on pratique ordinairement l'incision ou la ponction du rein. M. Howship fut sans doute conduit à agir ainsi par une disposition insolite de la tumeur.

(2) La pinte anglaise correspond à environ une demi-pinte française.

rein droit. La vessie était aussi parfaitement saine. La maladie était bornée au rein droit, qui était très volumineux et renfermait un vaste abcès dans lequel on avait pénétré. Cet abcès avait d'abord fourni cinq pintes et demie, puis une demi-pinte par jour, pendant les quarante-deux jours que la malade vécut; ce qui fait en tout vingt-six pintes et demie, ou treize quarts.

§ 670. *Rapports de la pyélite avec les autres maladies des reins.*

Les inflammations du bassinet et des calices sont si souvent compliquées de l'inflammation des substances rénales que la *pyélo-néphrite* est, sans contredit, beaucoup plus commune que la pyélite et la néphrite proprement dites. J'ai rapporté de nombreux exemples de cette coïncidence, et, suivant que dans un cas particulier les symptômes et les lésions appartenaient plus particulièrement à l'une ou l'autre de ces maladies, j'ai cru pouvoir l'y rattacher sans inconvénient.

De toutes les autres lésions rénales, celle qui suit le plus constamment la pyélite, c'est l'*atrophie* des substances tubuleuse et corticale (Voyez : Atrophie des reins). Enfin, à la suite des pyélites, et le plus souvent à la suite de la pyélite calculeuse, le bassinet, les calices et les reins peuvent se perforer (Voyez : Fistules rénales), et à la suite de ces perforations il se forme quelquefois des abcès autour du rein (Voyez : Perinéphrite).

Non-seulement l'inflammation du bassinet et des calices peut être l'occasion de nombreux désordres dans le rein affecté, mais elle peut déterminer un trouble fonctionnel ou organique dans le rein du côté opposé.

§ 671. Les exemples de *pyélite calculeuse double* ne sont pas très rares (Obs. 11). Zangerl (1) rapporte qu'une femme de 37 ans, qui s'était toujours bien portée, maigrissait depuis deux années; elle commença à se plaindre fréquemment d'éprouver dans le rein gauche des douleurs vives, qui augmentaient à chaque

(1) *Medicinische Jahrbücher des Oesterreichischen Staates*, B. xiv, H. 1 S. 104.

inspiration profonde. Cette femme portait, à la région de la rate, une tumeur circonscrite, douloureuse au toucher. Au bout d'un an, la région lombaire droite devint également douloureuse; les douleurs diminuaient lorsque l'urine formait un sédiment plus abondant, cas dans lequel la tumeur du côté gauche s'affaissait. Après la mort, on trouva le rein gauche presque aussi gros que la tête d'un enfant et tellement repoussé en avant, qu'il avait pris la place de la rate. Ce rein représentait un grand sac contenant trois livres de pus. Le rein droit, doublé de volume, contenait beaucoup de pus et 17 calculs enclavés dans son tissu; les uretères et la vessie étaient sains, ainsi que la rate qui était refoulée vers la poitrine.

M. Thal (1) rapporte aussi un cas qui prouve que, dans quelques cas de suppuration des deux bassinets, la vie peut se prolonger assez long-temps. Un homme s'était guéri lui-même d'une gonorrhée, à l'âge de 30 ans, par l'usage du baume de copahu à forte dose, et par des injections dans l'urèthre. Un an après, à la suite d'un refroidissement, il s'aperçut qu'il ne pouvait plus uriner sans efforts, surtout après avoir pris des boissons spiritueuses. Etant alors en voyage, il entra dans un hôpital, d'où il sortit avec une fistule au périnée, qui se ferma bientôt d'elle-même. Quelques années après, cet homme se maria; et, à l'âge de 51 ans, époque à laquelle il mourut, il était père de six enfans. Vers l'âge de 41 ans il éprouva de l'ischurie, et M. Thal fut appelé à le soigner : il existait au périnée une fistule urinaire. On dilata le rétrécissement de l'urèthre par des bougies, et on introduisit ensuite une sonde qui évacua une grande quantité d'urine ammoniacale. Pendant plusieurs mois, le malade fut sondé une ou deux fois par jour; l'urine finit par couler librement, et la fistule se ferma. Pendant les huit dernières années, l'ischurie revint tous les printemps. La maladie commençait par de violens maux de reins, et se terminait par une émission abondante d'urine chargée de mucus et de grumeaux, semblables à du tissu cellulaire macéré; grumeaux, qui interrompaient quelquefois le cours de l'urine,

(1) Gerson. *Magasin der auslændischen Literatur*, 1828, H. 6, S. 460.

rarement chargée de sang. Le dernier accès fut des plus violens. Quelques mois après, il survint, au côté gauche des lombes, un abcès qui se referma après la sortie d'une pierre grosse comme un haricot. Six mois plus tard, le malade mourut d'une fièvre violente, avec délire, et douleur vive au côté droit des lombes. Les membranes de la vessie étaient un peu épaissies; le rein gauche était transformé en une masse stéatomateuse, creuse dans son milieu; l'uretère était oblitéré inférieurement. Le rein droit, augmenté de volume, d'un rouge foncé et très ramolli, contenait une grande quantité de pus urineux et sanguinolent, et plusieurs fragmens de pierre. La partie inférieure de l'uretère était en partie bouchée par un calcul.

Un autre malade, observé par le même médecin, avait été, pendant sept années, tourmenté de dysurie et de douleur dans le côté gauche des lombes. A l'ouverture du corps, on trouva le rein droit plus gros qu'à l'ordinaire, parsemé de taches d'un rouge brun, et plein de pus, de sang et de graviers. Le rein gauche, atrophié, contenait du pus d'une couleur foncée. Chacun des reins était muni de deux uretères du volume du petit doigt, qui se réunissaient à quelque distance de la vessie. Les parois de ce viscère étaient épaissies et indurées; on découvrit dans sa cavité un calcul du poids de trois gros.

§ 672. Dans des cas plus heureux, à la suite d'une pyélite calculeuse d'un des reins, celui du côté opposé non-seulement reste sain, mais encore éprouve une *véritable hypertrophie* (1) avec augmentation d'activité de sa fonction. Dans de tels cas, les malades ont parfois toutes les apparences de la santé, surtout si le rein affecté est atrophié et ne sécrète plus de pus.

§ 673. Pour terminer ces remarques sur l'association de la pyélite avec d'autres lésions rénales ou avec des lésions fonction-

(1) Eustach. *Anat.*, obs. XVI.— Bonet. *Sepulcret*, l. 3, sec. 22; obs. VII. — Fontoni. *De obs. med. et anat.*, epist. 8, n. 14. — Morgagni. *De sedib. et caus. morbor.*, epist. 40, art. 12.— Duverney. *OEuvres posthumes*, t. II, p. 260. — *Philosoph. Transact.*, t. XLI, XLII, XLIII. — Crosse. *A treatise of the formation, etc., of the urinary calculus*, in-4, Lond. 1835, p. 106, 108.

nelles des reins, je rappellerai plusieurs cas de gravelle et d'inflammation du bassinet coïncidant avec le diabète. Baillou (1) en a cité deux cas : l'un est celui d'un homme de 50 ans sujet à la néphrite et à la gravelle, et qui mourut à la suite d'un flux diabétique, et dans le rein gauche duquel on trouva plusieurs calculs anguleux, dont un fixé au commencement de l'uretère. L'autre cas est celui d'une veuve également morte du diabète et dont le rein gauche, excessivement gros, contenait un petit calcul (2).

Un homme (3) atteint, depuis quelques années, de violentes coliques périodiques, et dont l'urine était chargée de sucre, fut pris de spasme de la vessie et de fortes douleurs dans l'urèthre, d'où on retira un gravier d'oxalate de chaux. Chez un autre malade, mort de diabète sucré (4), l'un des reins avait à-peu-près le volume et la forme du cœur, et offrait trois cavités, dont deux contenaient du pus et la troisième renfermait des calculs.

J'ai moi-même été plusieurs fois appelé auprès d'un malade soigné habituellement par M. le docteur Olinet, et qui, après avoir éprouvé des attaques de goutte, d'asthme, et de coliques néphrétiques, avec sécrétion muco-sanguinolente du bassinet, fut ensuite atteint de diabète sucré auquel il a succombé (Voyez : DIABÈTE).

Rapports de la pyélite avec les maladies des uretères.

§ 674. Tout état morbide de l'urèthre, de la prostate ou de la vessie, qui peut entraîner le développement de la pyélite, agit inévitablement d'abord sur les uretères. Dans la pyélite, par *rétention d'urine* dans la vessie, la lésion la plus commune de l'uretère en est l'élargissement, qui presque toujours est inégal, avec bosselures et rétrécissemens alternatifs, et avec un épaississement souvent très notable des parois de ce conduit.

(1) Ballonii *Opera*, *Consilium*, l. 2, n. 39.
(2) *Ibid.*
(3) *London. Med. Gaz.*, nov. 1834.
(4) Lefèvre. *Du diabète sucré*, p. 26.

Dans d'autres cas, c'est au contraire du bassinet et des calices que le mal s'étend aux uretères. Dans certains cas de *pyélite calculeuse*, l'uretère est rétréci, quelquefois même oblitéré dans un point. Cette oblitération est le plus souvent opérée par le dépôt d'une matière blanche organique, fortement adhérente aux parois de l'uretère, et qui paraît être du pus solide ou de fausses membranes à demi organisées. Cette matière blanche enchevêtre quelquefois des sables ou des graviers. Au-dessous de ces oblitérations, l'uretère, pendant un certain trajet, est souvent transformé en un cordon fibreux. Plus souvent on trouve, dans un point du trajet de ce conduit, un calcul enclavé, garni d'aspérités et quelquefois recouvert d'une matière noire ou de sang altéré. Lorsque le calcul est voisin du bassinet, le pus s'accumule dans ce réservoir, et le rein est remplacé par une grosse poche purulente qui contient souvent plusieurs livres de liquide.

Les reins atteints de pyélite calculeuse, sans calcul dans l'uretère, sans obstruction ou oblitération de ce conduit, n'offrent pas le plus souvent d'augmentation notable de volume. Quelquefois même, ils sont d'une petitesse remarquable (Atlas, Pl. xii, fig. 2, 4, 5; Pl. xiii, fig. 1). Parfois le calcul est engagé vers le milieu de l'uretère; d'autres fois il est retenu à son embouchure dans la vessie (Atlas, Pl. liii, fig. 2). Lorsque l'obstruction est complète ou presque complète, la partie de l'uretère située au-dessus de l'obstacle, remplie par de l'urine, du pus, du sang ou des graviers, se dilate progressivement, et cette distension, quelquefois énorme, peut être portée au point d'entraîner la déchirure de l'uretère; le rein a rarement alors le volume considérable qu'il acquiert souvent lorsque l'obstacle se trouve près du bassinet.

La membrane interne de l'uretère, parfois parcourue par des vaisseaux sanguins variqueux (Atlas, Pl. xiii, fig. 9), est souvent rouge; parfois elle est couverte de fausses membranes blanchâtres, ou d'un gris-jaunâtre. Elle peut offrir aussi des ulcérations et des cicatrices dans des points occupés antérieurement ou actuellement par un calcul.

Dans les pyélites gangréneuses, on trouve parfois la surface

interne de l'uretère, déchiquetée, ramollie, et offrant les autres caractères de la gangrène.

Dans les pyélites tuberculeuses, la maladie s'étend le plus ordinairement des calices et du bassinet à l'uretère, qui s'infiltre de matière tuberculeuse et s'enflamme de haut en bas. Enfin l'inflammation suit la même marche dans la pyélite produite par des vers, des acéphalocystes, des caillots fibrineux, etc.

De sorte que, suivant que les premiers symptômes de la maladie se sont plus ou moins nettement montrés dans le rein au-dessus de l'origine de l'uretère, ou bien dans les parties inférieures des voies d'excrétion de l'urine, on peut jusqu'à un certain point entrevoir la nature et le caractère de l'inflammation (Voyez : MALADIES DES URETÈRES).

§ 675. *Rapports de la pyélite avec les maladies de l'urèthre et de la prostate.*

J'ai choisi l'observation suivante, entre beaucoup d'autres, pour montrer comment une lésion de l'urèthre entraîne une inflammation de la vessie ; celle-ci, une inflammation des deux uretères; cette inflammation, plusieurs rétrécissemens de ces conduits; et enfin ces rétrécissemens, une dilatation et une inflammation chronique des bassinets, avec formation de calculs rénaux. Chez ce malade, le développement de la *phthisie pulmonaire* paraît aussi avoir été favorisé par l'affection des voies urinaires. Quant à la diminution de l'intelligence et à la faiblesse des membres, je n'ai rien trouvé, après la mort, dans le cerveau ni dans la moelle épinière qui puisse m'en donner l'explication.

OBS. IV. — Blennorrhagie; rétrécissement; infiltration, abcès urineux; cinq ans après, douleurs à l'hypogastre et à la région des reins, envies fréquentes d'uriner; urines alcalines et purulentes; engourdissement dans les membres inférieurs; mort. — Lésions de l'urèthre; cystite chronique; dilatation des uretères; pyélite calculeuse chronique.

Batout, Étienne, homme de peine, âgé de 30 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 20 mars 1838. Cet homme, très amai-

gri, et très faible, a le teint d'une couleur jaune-paille. Ses traits altérés annoncent qu'il a beaucoup souffert. Amaigrissement des membres et du tronc; difficulté des mouvemens, qui ne peuvent être exécutés sans douleur; affaiblissement des facultés intellectuelles, perte de la mémoire, et embarras de la parole.

Ce malade avait beaucoup de peine à s'exprimer, et semblait avoir perdu le souvenir de tous les faits relatifs à sa maladie; ce ne fut que par des questions pressantes et réitérées, que nous pûmes obtenir quelques détails incomplets sur les accidens qu'il avait précédemment éprouvés. Il nous dit qu'il avait eu une blennorrhagie, il y a dix ans; qu'elle avait guéri dans l'espace de deux mois, et qu'elle avait été suivie d'un rétrécissement cinq mois après. Ce rétrécissement fut traité par des bougies et des sondes placées à demeure dans la vessie. Quelques accidens assez graves compliquèrent ce traitement; il survint une infiltration urineuse au périnée et des abcès, qui furent ouverts avec l'instrument tranchant. Une des incisions ne s'est jamais complètement cicatrisée; elle a toujours fourni un petit suintement; l'urine s'échappe en très petite quantité par un orifice fistuleux très étroit. Le malade n'a pas éprouvé de rétention d'urine depuis qu'il a fait usage des sondes; l'urine coule goutte à goutte, et avec difficulté, depuis quelques jours.

A diverses époques, depuis la première affection des voies urinaires, le malade a ressenti des douleurs très vives à la vessie et à la région des reins. La quantité des urines a diminué d'une manière notable, surtout depuis quatre mois. En même temps, la fréquence des envies d'uriner a augmenté, notamment dans le mois de décembre dernier. Je le traitai alors d'une cystite chronique, par le repos, la diète rafraîchissante, les boissons délayantes et l'application d'un vésicatoire à l'hypogastre. Il fut soulagé, et sortit au bout d'un mois.

Le 20 mars, lorsqu'il se présenta de nouveau à l'hôpital, il était dans un état de faiblesse extrême; la peau avait une teinte jaune terreuse; il ne pouvait exécuter qu'avec peine quelques mouvemens dans son lit. Il éprouvait surtout des douleurs à la vessie, et il ressentait à chaque instant des envies

d'uriner qu'il ne pouvait satisfaire. La vessie n'était pas distendue; les parois abdominales étaient rétractées. Dans les flancs, il y avait de la douleur, surtout du côté droit; douleur qui augmentait par la pression, et se propageait dans le testicule. Le membre inférieur correspondant était le siège d'un engourdissement assez prononcé. En outre, point d'appétit; langue un peu sèche et rouge sur ses bords; envies fréquentes de vomir; assoupissement presque continuel; pouls lent, mou et facile à déprimer; peau sèche; bruits du cœur réguliers; respiration obscure à la base des deux poumons; râle muqueux à grosses bulles au sommet du poumon droit; matité et souffle caverneux au sommet du poumon gauche (*Eau de lin émulsionnée; bouillon, soupe, lait, le huitième de la portion d'alimens*).

Le 22, les urines sont presque complètement supprimées; celles de la veille sont très épaisses et offrent un dépôt abondant de pus, reconnaissable à sa couleur, à sa consistance, et surtout à l'inspection microscopique. La vessie est peu volumineuse; la sonde, qu'on essaie d'introduire pour explorer l'urèthre et la vessie, est d'abord arrêtée à la région membraneuse; elle franchit un premier obstacle, mais elle éprouve de nouveau de la résistance à la région prostatique. Le malade urine dans l'après-midi, mais en très petite quantité. Le soir, on pénètre dans la vessie. Il s'écoule peu d'urine par la sonde.

Le 24, douleurs plus vives à la vessie et dans les reins; peau chaude et sèche; pouls fréquent et dur; langue noire et aride, dévoiement; le malade est presque toujours assoupi (*Ventouses scarifiées sur la région des reins; émulsion; bouillon, soupe, lait*).

Le 25 et le 26, l'urine coule sans le secours de la sonde; elle rougit le papier bleu de tournesol et répand une odeur fétide; elle est toujours trouble et forme un dépôt abondant, jaunâtre, qui contient une assez grande quantité de pus. L'adynamie se prononce de plus en plus: décubitus dorsal; visage pâle et décomposé; langue tout-à-fait sèche et couverte d'un enduit fuligineux; selles involontaires; un peu de délire (*Limonade vineuse; vésicatoire aux jambes; diète*).

Cet état persiste encore pendant deux jours. Mort le 29, à deux heures de l'après-midi.

Autopsie du cadavre. — Appareil urinaire. Les deux reins sont plongés dans une masse de tissu cellulaire graisseux, induré; leur membrane fibreuse est épaissie et adhérente à l'enveloppe cellulo-adipeuse. Cette membrane présente une injection et une vascularité qu'on n'observe pas dans l'état sain. De petits filamens vasculaires et celluleux l'unissent intimement à la substance corticale. Cette substance, bosselée, inégale, présente à sa surface un grand nombre de petits mamelons, mous, dépressibles, blancs, dans quelques points, et parcourus par des vaisseaux très déliés dans quelques autres. A côté de ces saillies, existent de petites dépressions; ce qui donne à la surface ordinairement lisse et unie des reins un aspect irrégulier et très inégal. Ces mamelons offrent les nuances les plus variées, des teintes pâles, blanches, bleuâtres ou rosées, comme lorsque l'inflammation attaque successivement des points isolés d'un même rein.

Le rein droit a à-peu-près son volume ordinaire. Le bassinet est dilaté et épaissi; sa membrane interne, d'un blanc mat sur quelques points, est rosée, rouge, ou d'une teinte ardoisée sur quelques autres. Cette dernière teinte est la plus générale. Les orifices de communication des calices dans le bassinet sont élargis; la plupart des mamelons sont effacés, et à leur place on trouve de petites loges remplies de pus, d'urine altérée, et de petits calculs blancs et rugueux. Quelques mamelons seulement sont restés intacts. La membrane interne des calices est épaissie et injectée comme celle du bassinet; les loges produites par les calices dilatés sont la plupart doublées par une fausse membrane jaune, plus ou moins épaisse. L'urine et le pus, en comprimant les cônes de dedans en dehors, ont aminci et transformé le rein en une coque membraneuse, bosselée à sa surface. En pressant sur les bosselures extérieures, on fait refluer dans le bassinet la matière purulente que contiennent les loges; quelques portions du sommet du rein sont saines. Des vaisseaux, d'un assez gros calibre, se distribuent dans les parties saines et malades.

Ces lésions anatomiques s'observent, à de légères différences près, dans le rein gauche, qui est un peu atrophié.

Au-dessous des deux bassinets, les uretères offrent un rétrécissement. Ce rétrécissement est plus prononcé dans l'uretère gauche que dans le droit qui peut à peine recevoir l'extrémité renflée d'un stylet ordinaire; tandis qu'au-dessus et au-dessous de cette coarctation, l'uretère gauche dilaté peut recevoir aisément l'extrémité du doigt auriculaire. A la partie moyenne du même uretère, il existe un autre rétrécissement, semblable à celui que je viens de décrire. Au-dessous de ce nouveau rétrécissement, l'uretère est dilaté jusqu'à son embouchure dans la vessie. Les parois des deux uretères sont très épaisses et entourées d'une couche cellulo-graisseuse, très dense, qui leur adhère intimement. L'ouverture des uretères dans la vessie est libre. Les parois de ce réservoir sont hypertrophiées. Sa membrane muqueuse, d'une couleur brune, ardoisée ou tout-à-fait noire dans quelques points, est le siège d'une inflammation chronique. La vessie offre un grand nombre de petites loges, arrondies, à goulots étroits, circulaires, circonscrits par des faisceaux hypertrophiés de la membrane charnue; ces petites loges sont remplies de pus. Le trigone vésical est très saillant et d'une teinte noire. La prostate est un peu volumineuse, sans altération notable de son tissu; les parois des vésicules séminales sont épaissies et dures; le vérumontanum est très saillant.

A la partie moyenne de la portion membraneuse de l'urèthre, on voit des brides transversales, blanchâtres et dures, évidemment très anciennes, et deux lacunes énormes. Ces lacunes peuvent admettre aisément l'extrémité d'une algalie; elles ont quatre lignes de longueur; la sonde peut s'engager dans ces culs-de-sac (c'est probablement ce qui arriva lors de la première exploration de l'urèthre). Le canal de l'urèthre offre en outre quelques callosités et une dépression longitudinale en forme de gouttière.

Dans l'abdomen tous les organes, excepté les reins, étaient sains. Il y avait, dans le lobe supérieur du poumon droit, quelques cavernes tuberculeuses; la base du même poumon

était le siège d'une infiltration séro-sanguinolente et d'une pneumonie hypostatique. De la sérosité était épanchée dans la plèvre du même côté. Le poumon gauche ne contenait que quelques granulations tuberculeuses à l'état cru; le long du bord antérieur et à la face externe du poumon, on remarquait de l'emphysème sous-pleural.

Le cœur, le cerveau et tous les autres organes étaient sains.

§ 676. L'observation suivante est encore un exemple des fâcheuses conséquences que peut avoir une simple blennorrhagie. L'inflammation de l'urèthre a entraîné celle de la vessie, puis celles du bassinet et des reins qui, à leur tour, ont amené des lésions plus graves et la mort.

Obs. V. — Blennorrhagie; rétrécissement de l'urèthre dans la portion prostatique; cystite et pyélite chronique, avec sécrétion abondante de pus; pertes séminales; anaphrodisie; phthisie et péritonite.

Fougère, âgé de 52 ans, lampiste, entra à l'hôpital de la Charité, le 15 décembre 1835.

Sa santé a été assez bonne jusqu'à l'âge de 45 ans; il se rappelle seulement avoir eu un ictère à la suite d'une affection morale. Il menait une vie sobre et régulière, mais il se fatiguait beaucoup. Les urines n'ont jamais charié de sang, ni de sables.

Il y a sept ans, il contracta une blennorrhagie, et depuis ce temps, il a éprouvé de la dysurie et des douleurs autour des reins. Depuis sept ou huit mois, ces douleurs ont augmenté ainsi que la difficulté d'uriner; l'excrétion de l'urine est devenue difficile et fréquente (20 émissions environ par jour). Cette dysurie a fait place, pendant quelque temps, à une incontinence d'urine; l'urine était trouble et glaireuse.

Deux traitemens anti-syphilitiques (*sirop de cuisinier, bains mercuriels*) ne furent d'aucune utilité. Huit jours avant son entrée à l'hôpital, on reconnut un rétrécissement de l'urèthre.

Depuis un an le malade n'a plus de desirs vénériens, et depuis six mois, en allant à la garderobe, il rend quelquefois involontairement du sperme.

Aujourd'hui les deux reins sont douloureux à la pression, surtout le droit. Les mouvemens du tronc, en avant, s'exécutent sans douleur; mais il n'en est pas de même des mouvemens de rotation. Fougère urine une vingtaine de fois en vingt-quatre heures, sans souffrance, avant ou après l'émission; depuis un an il est constipé; le jet de l'urine est petit. L'urine est trouble comme l'eau de Seine en hiver. L'urine est acide et dépose au fond du vase une couche de pus d'un demi-pouce environ de hauteur. Très peu de douleur dans la région de la vessie. Peu d'appétit; constipation; respiration en apparence naturelle; point de fièvre, le soir; faiblesse générale; amaigrissement; peu de sommeil; découragement.

Du 22 janvier à la fin de février, emploi des bougies, eau de Contrexeville pour boisson; deux cautères aux régions lombaires. Sous l'influence de ce traitement, amélioration; la sécrétion du pus a diminué de moitié, la douleur du rein droit est moins vive, le malade se sent notablement mieux; il a repris du courage et de la gaîté.

Le mieux ne dura point; la douleur du rein reprit son intensité, la santé générale se détériora. Vers le 1er février, on essaya inutilement l'emploi du copahu à la dose de vingt-quatre gouttes.

Le 13 mars, la douleur dans la région des reins était vive, l'hypogastre était un peu douloureux; les urines, épaisses, d'un jaune foncé, donnaient un dépôt de pus abondant; l'excrétion de l'urine était fréquente et difficile; la constipation était opiniâtre; la faiblesse était plus grande, la constitution plus détériorée; il était survenu de la toux avec expectoration assez abondante. M. le docteur Bisson continua de donner des soins à ce malade, qui sortit de l'hôpital le 23 mars. On appliqua deux cautères sur la région de la vessie, et on continua les boissons émollientes et diurétiques. Les urines devinrent moins chargées de pus; mais le malade s'épuisa et succomba à une péritonite chronique et à une affection tuberculeuse des poumons.

L'autopsie du cadavre fut faite par le docteur Bisson et le docteur Roger; j'examinai les reins et la vessie.

La tête ne fut point ouverte.

Poitrine. Tubercules crus dans tout le poumon droit; au sommet, tubercules ramollis et plusieurs cavernes. Dégénérescence tuberculeuse plus avancée encore dans le poumon gauche, dont le sommet est presque tout entier creusé de cavernes.

Abdomen. Pseudo-membranes dans la partie inférieure de l'abdomen. Près de la vessie, les intestins sont unis par de fausses membranes et des brides celluleuses; à-peu-près deux cuillerées de pus dans la fosse iliaque gauche.

La face externe du rein droit est généralement d'un rouge brun. L'extrémité supérieure est un peu mamelonnée; à son tiers supérieur on aperçoit deux dépressions d'un demi-pouce d'étendue, et d'une couleur ardoisée; le tissu du rein est dur et résistant. Les cônes sont un peu déprimés et n'ont pas leur disposition régulière. La membrane interne du bassinet est fort injectée et comme plissée; il y a du pus au fond d'un calice; au fond d'un autre calice, qui contient quelques grains d'un sable blanc jaunâtre, le mamelon est déformé et aplati.

Le rein gauche était sain; mais le bassinet et les calices étaient enflammés comme ceux du rein droit. L'uretère, à parois minces et transparentes; sans trace d'inflammation, était gros comme une plume. Cette dilatation était consécutive à la rétention d'urine occasionée par le rétrécissement de l'urèthre. La vessie est contractée. Ses parois sont épaissies; ses colonnes très prononcées. Sa membrane interne a une teinte noirâtre ardoisée (cystite chronique). La prostate, d'un volume ordinaire, est légèrement indurée et d'une teinte brunâtre; le vérumontanum est très développé; de sa partie postérieure partent de petites brides linéaires, transversales, qui rétrécissent singulièrement l'urèthre.

§ 677. Dans le cas suivant, une *hématurie*, qui a semblé dépendre d'un effort, a été un des premiers symptômes d'une pyélo-néphrite chez un vieillard; et, chose remarquable, cette hématurie a paru, jusqu'à un certain point, alterner avec un crachement de sang, dont la cause n'a pu être découverte après la mort. La dilatation des uretères a été évidemment la consé-

quence des obstacles que le gonflement de la prostate et le mélange du sang et du pus avec l'urine apportaient à son émission. L'urine est devenue alcaline dans les derniers temps, probablement à la suite de l'inflammation des substances rénales.

OBS. VI. — Urine sanguinolente, puis sanguinolente et purulente; néphrite chronique avec pyélite; gonflement de la prostate; mort.

Garot (Claude), âgé de 72 ans, charpentier, entra le 12 février 1840, à l'hôpital de la Charité. Ce vieillard, d'une haute taille et maigre, a toujours joui d'une bonne santé. Il n'a pas été vacciné et n'a pas eu la petite-vérole. A l'âge de 20 ans, il a été atteint d'une pleurésie qui a duré un mois. Garot a servi à l'armée pendant onze ans; il s'est marié à l'âge de 28 ans; il n'a jamais eu de maladies vénériennes. Cet homme n'avait jamais éprouvé d'accident du côté des voies urinaires, lorsque, le 5 juin dernier, voulant soulever une pièce de bois très lourde, il sentit tout-à-coup une douleur vive dans la région lombaire gauche. Pendant trois jours il continua cependant de travailler, et ses urines paraissaient mélangées de sang; alors il a senti des cuissons dans la verge, sans douleur de reins ni de vessie. Depuis le mois de juin, il a continué d'uriner du sang, deux ou trois fois par mois, et pendant deux ou trois jours. Dans l'intervalle de ces hématuries, les urines étaient troubles et laissaient déposer un sédiment blanchâtre au fond du vase; depuis cinq mois, il éprouve de la difficulté à uriner; il faut qu'il pousse pour rendre les urines, et quelquefois elles sortent malgré lui. Depuis le mois de juillet, il a été sujet à de la toux, et a craché un peu de sang. Pendant tout le mois de décembre dernier l'urine n'a pas été sanguinolente, mais le malade a constamment craché le sang. Vers la fin du mois de juillet, Garot entra à l'Hôtel-Dieu, où il resta six semaines environ; dans le courant du mois de septembre, il fut traité à l'hôpital Necker; on le sonda et on ne trouva pas de corps étranger dans la vessie; enfin, dans le mois de décembre, il a été traité pendant six semaines à la Charité.

Aujourd'hui ce malade est dans l'état suivant : décubitus

dorsal, amaigrissement, douleurs dans la région de la vessie et dans la région lombaire gauche ; envies fréquentes d'uriner ; émission difficile et douloureuse des urines, qui sont sanguinolentes et laissent déposer un sédiment purulent au fond du vase; respiration légèrement accélérée, avec toux, crachats rouges, sanguinolens et spumeux ; râle muqueux et râle sibilant ; pouls fréquent, large, développé ; rougeur de la face ; anorexie (*Saignée de deux palettes; eau de gomme édulcorée; julep*).

Le 15, l'hémoptysie a cessé ; crachats muqueux, peu abondans ; la dysurie persiste ; on sonde le malade et on ne trouve pas de calcul ; il s'écoule une petite quantité de sang après le cathétérisme (*Tisane de gomme; julep*).

Le 22, la fièvre persiste ; constipation, émission fréquente d'une petite quantité d'urine sanguinolente, avec dépôt purulent abondant au fond du vase. L'urine est alcaline, précipite par l'acide nitrique et la chaleur, et pèse 1009 ; constipation (*Même prescription; lavement purgatif*).

Le 28, l'amaigrissement fait des progrès ; la fièvre persiste ; le malade s'affaiblit, et il accuse cependant peu de douleurs ; les urines sont colorées, rouges ; il y a près d'un pouce de pus au fond du bocal (*Même prescription*).

Le 2 mars, même état.

Le 6, Garot a rendu un litre et demi environ d'urine trouble et opaque, peu sanguinolente, précipitant par l'acide nitrique et par la chaleur, pesant 1006 à l'aréomètre, et donnant un dépôt abondant de pus au fond du vase.

Le 9, la fièvre persiste, surtout le soir : grande faiblesse ; par fois dévoiement ; émission des urines très fréquente, presque continuelle ; les urines sont opaques, d'un jaune pâle et légèrement acides.

Le 15, la fièvre persiste ; l'hypogastre est tendu sans douleur vive ; aucune douleur dans la région lombaire gauche ; le malade urine à chaque instant ; urine rouge, purulente et légèrement sanguinolente, alcaline.

Le 28, amaigrissement, grande faiblesse ; urine donnant un dépôt de pus du tiers de la colonne du liquide.

Le 6 avril, ce malade est réduit au dernier état de marasme ;

le pouls est petit, fréquent, la langue sèche; les urines, très fétides, purulentes, s'écoulent involontairement, goutte à goutte.

Le 23, urines sanguinolentes, mêlées de pus et de mucosités filantes; on sent à peine le pouls.

Mort le lendemain, à quatre heures du matin.

Autopsie du cadavre, trente heures après la mort. — *Crâne.* Le cerveau est pâle, anémique; il suinte une assez grande quantité de sérosité de la cavité de l'arachnoïde et de celle des ventricules.

Thorax. Les lobes supérieurs des deux poumons sont emphysémateux; le poumon droit adhère aux côtes; le cœur est sain; nombreux points d'ossification dans l'aorte vers son origine; les valvules sont saines et suffisantes.

Abdomen. Le foie est sain; la rate est petite, peu consistante; l'intestin ne présente pas de lésion, si ce n'est un peu de rougeur de la membrane muqueuse vers la fin du gros intestin.

Le rein droit adhère avec le colon ascendant, qui, dans le point correspondant à l'adhérence, présente intérieurement une ulcération. Le rein est atrophié; la capsule fibreuse est fortement adhérente à la substance corticale, qui est mamelonnée, plus dure que dans l'état sain, et parsemée de petits foyers de pus; plusieurs foyers purulens dans les deux substances. Les calices et surtout le bassinet offrent une dilatation considérable; leur membrane muqueuse est violacée et enduite de sang et de pus. L'uretère est considérablement dilaté dans toute son étendue; sa membrane muqueuse est rouge et violette comme celle du bassinet. Deux petits kystes urineux à l'extérieur du rein.

Le rein gauche, d'un rouge intense, plus volumineux que le droit, offre une inflammation aiguë des mieux caractérisées. Rougeur très vive des deux substances, nombreux petits dépôts de pus, du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois, dans les deux substances; dilatation considérable du bassinet, dont la membrane interne est d'un rouge vif. L'uretère, également dilaté, est rouge et très injecté à son orifice vésical. La

capsule d'enveloppe du rein est opaque, légèrement ramollie; on l'enlève assez facilement par petites plaques.

La membrane musculeuse de la vessie, notablement hypertrophiée, offre des colonnes nombreuses et saillantes, présentant, dans leurs intervalles, des loges ou culs-de-sac. La membrane muqueuse, violacée et injectée dans quelques points, est baignée de pus.

Les orifices des uretères dans la vessie sont libres.

A l'orifice vésical on voit trois mamelons saillans, un postérieur et deux latéraux; le premier est évidemment formé par l'hypertrophie du lobe moyen de la prostate; il est blanc, ferme, résistant: les deux latéraux sont moins fermes et cèdent facilement au doigt.

L'urèthre, rouge, injecté, contient dans sa portion membraneuse et près de la fosse naviculaire une petit caillot de sang.

Rapports de la pyélite avec les maladies de la vessie.

§ 678. La pyélite est souvent la conséquence ou le résultat final des inflammations de la vessie, des rétentions d'urine dans cet organe, des corps étrangers dans son intérieur, et des maladies organiques qui en affectent les parois.

Presque toutes ces maladies agissent sur les bassinets ou sur le rein, en déterminant supérieurement une rétention d'urine. Cependant, dans quelques cas, il y a évidemment extension de l'inflammation de la membrane muqueuse de la vessie jusqu'au bassinet et aux calices, le long des uretères; tel paraît être le mode de développement de la pyélite blennorrhagique. Il en est de même de certaines uretérites pseudo-membraneuses, consécutives à la pyélite calculeuse.

Parfois, il arrive que l'affection de la vessie qui a déterminé la pyélite, guérit, tandis que l'affection du bassinet continue et s'aggrave même au point d'occasioner la mort.

M. Civiale (1) rapporte qu'un nommé Lebaigue, de Paris, âgé de 61 ans, fut traité long-temps pour un catarrhe vésical. A la

(1) Civiale. *Traité de l'affection calculeuse*, p. 218, in-8, Paris, 1838.

fin, on soupçonna qu'il pouvait avoir la pierre, dont l'existence fut constatée par le cathétérisme. Le malade recula devant l'opération de la taille, et, après s'être résigné pendant deux ans à souffrir, il vint consulter M. Civiale. Celui-ci reconnut deux grosses pierres; mais, la vessie était à-peu-près saine, et l'urèthre permettant l'introduction d'un instrument volumineux, on pratiqua la lithotritie. Une des pierres fut promptement saisie, mais on éprouva quelque difficulté à la fixer et à l'entamer. Le malade rendit, avec l'urine, un peu de détritus et plusieurs petits fragmens. Neuf séances suffirent pour broyer et extraire les deux calculs. Après chaque opération, il sortit des fragmens considérables; l'un d'eux avait sept lignes de long et cinq de large. Une exploration définitive fit reconnaître que la guérison était complète. Trois mois après, sans cause évidente, des douleurs se manifestèrent dans l'hypochondre droit. Pendant tout le temps qui s'était écoulé depuis l'opération jusqu'alors, le malade avait joui d'une bonne santé. Les douleurs furent d'abord attribuées à une colique néphrétique; elles continuèrent et firent ensuite croire à l'existence d'une affection plus grave. Les moyens de tout genre qui furent employés, ne produisirent aucun résultat avantageux; le malade mourut. L'ouverture du corps fit voir que le rein droit était désorganisé par la suppuration, qui formait un dépôt étendu jusqu'à l'arcade crurale, et contenant une pinte et demie de liquide; le rein gauche était à-peu-près sain; la vessie, peu spacieuse, n'offrait aucune altération, et ne renfermait aucun débris de pierre.

§ 679. D'un autre côté, mais bien plus rarement, l'extension de l'inflammation du bassinet aux uretères et des uretères à la vessie est la cause de certaines cystites. Cela ne peut être révoqué en doute pour certaines pyélites tuberculeuses et pour un certain nombre de pyélites et d'uretérites pseudo-membraneuses, dans lesquelles l'affection de la vessie n'est survenue que dans les derniers temps de la maladie.

Une cause très commune de l'extension de l'inflammation du bassinet à la vessie, c'est le passage, dans ce réservoir, de graviers formés dans le rein. Ces corps étrangers, après avoir

excité des douleurs aiguës et les symptômes d'une pyélite, prennent plus de volume, déterminent dans la vessie une irritation, d'abord intermittente, puis continue, et enfin une véritable inflammation avec sécrétion muqueuse et purulente, qui, plus tard, réagit puissamment et d'une manière très fâcheuse sur l'affection primitive.

La cystite survient aussi quelquefois après le passage des acéphalocystes des uretères dans la vessie.

J'ai rapporté ailleurs (1) un cas dans lequel un morceau de drap, de trois quarts de pouce, paraît avoir pénétré dans le bassinet, s'y être encroûté d'une matière saline et avoir passé dans la vessie, d'où il a été expulsé après de longs et pénibles efforts.

Il n'est pas douteux non plus que du pus, sécrété dans l'intérieur du bassinet, ou qu'une grande quantité de mucus ou de matière tuberculeuse, versée habituellement dans la vessie, ne l'irrite et ne finisse par y exciter de l'inflammation. M. Howship (2) rapporte un cas remarquable d'excoriations nombreuses de la membrane muqueuse de la vessie consécutives à une affection des reins et des uretères; l'urine était troublée par un nuage muqueux.

L'urine neutre ou alcaline, sécrétée par les reins atteints de pyélo-néphrite, paraît même irriter quelquefois la vessie et provoquer des émissions fréquentes.

§ 680. Les inflammations de la vessie, étant souvent beaucoup plus douloureuses que celles du bassinet et des calices, peuvent obscurcir les symptômes de ces dernières, au point qu'ils passent tout-à-fait inaperçus. Aussi arrive-t-il assez fréquemment qu'on découvre après la mort, chez des sujets qui n'avaient été traités que pour une cystite simple ou calculeuse, que les reins sont en suppuration ou contiennent des calculs.

§ 681. Dans la pyélite calculeuse, la vessie peut être le siège de *douleurs sympathiques* assez vives, sans lésions matérielles appréciables. Morgagni (3) parle d'un homme qui était considéré

(1) Tome 1, p. 266.

(2) Howship, *loc. cit.*, p. 44.

(3) Morgagni, *De sed. et causis morb.*, epist. XLII, § 4.

par plusieurs médecins instruits comme étant atteint d'une maladie de la vessie, et chez lequel on trouva, après la mort, la vessie parfaitement saine et les reins remplis de calculs volumineux et ramifiés. Morgagni (1) cite aussi une observation d'Harder, rappelée par Bonet (2), et dans laquelle il s'agit d'un enfant de trois ans, paraplégique, atteint de convulsions, et qui indiquait par des gestes une douleur des plus vives en urinant, sans avoir jamais accusé de douleurs rénales (au moins, Morgagni le présume). Après la mort, on reconnut que la vessie était saine; mais on pouvait exprimer des mamelons une grande quantité de sable, et, au commencement de l'uretère, il y avait un calcul oblong, pointu, d'une grande dureté, et très adhérent aux parois de ce conduit. Lowdell (3) a rapporté le cas d'une femme de 22 ans qui souffrait dans la région de la vessie et qui ne s'était jamais plainte de douleurs dans les reins. Les calices des deux reins contenaient des calculs volumineux et très irréguliers. Enfin, M. Howship (4) cite un cas de douleur *au col de la vessie*, avec envies fréquentes d'uriner et excrétion d'un mucus épais dans l'urine. A l'autopsie du cadavre, on trouva la vessie parfaitement saine; le rein droit, qui avait été aussi le siège des douleurs, était transformé en poche purulente.

Ces faits sont rares, mais ce qui l'est beaucoup moins, c'est de trouver une altération profonde des reins chez des individus qui ne s'étaient jamais plaints de douleurs aux lombes, et qui en accusaient à la vessie plus ou moins enflammée: ainsi des médecins instruits, avant d'entreprendre l'opération de la taille ou de la lithotritie, ont exploré attentivement les reins, sans rien découvrir qui pût faire présumer une lésion de cet organe, et, l'opération faite, il est survenu presque tout-à-coup un frisson glacial, suivi d'une forte chaleur et d'une mort rapide; et on a trouvé, non-seulement du pus ou des calculs dans le bassinet, mais encore la substance propre des reins en-

(1) Morgagni, *ibid.*, § 5.

(2) Bonet. *Sepulcretum*, lib. III, sect. XXVII, obs. X.

(3) *Memoirs of the medical society of London*, vol. I, obs. 24.

(4) Howship. *Ouvrage cité*, p. 40.

flammée et en suppuration. Ces *pyélites latentes* ont été aussi observées dans des cas de cancer ou d'autres lésions organiques de la vessie.

Ces faits expliquent les efforts qu'ont faits les médecins et les chirurgiens pour trouver des caractères particuliers au pus des reins ou des bassinets et au pus de la vessie. Dans l'inflammation chronique de la vessie, le plus souvent l'urine laisse déposer un sédiment glaireux, surtout lorsqu'elle est alcaline ; plus rarement, l'humeur qu'elle fournit est un véritable pus, non glaireux, et analogue à celui que sécrète le plus ordinairement le bassinet enflammé. Cependant, il arrive parfois que le sédiment de l'urine, dans une cystite chronique, est composé en grande partie de véritable pus facile à disséminer par l'agitation dans le liquide qui surnage ; et que, d'un autre côté, le bassinet enflammé contient une matière muqueuse épaisse et filante; toutefois, la matière glaireuse que la membrane muqueuse de la vessie enflammée sécrète, examinée au microscope, contient généralement moins de globules purulens que le pus provenant du bassinet. Quelquefois même, la matière visqueuse et puriforme provenant de la vessie, n'offre que très peu de globules de pus et paraît composée, presque en entier, d'une matière gélatiniforme amorphe et de lamelles d'épithélium. Enfin, la matière muco-purulente formée par une pyélite chronique, est bien moins souvent infiltrée de gros cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien que celle qui provient de la membrane muqueuse de la vessie atteinte d'une inflammation chronique.

Pour terminer tout ce qui a trait au diagnostic différentiel des inflammations de la vessie et des bassinets, par l'examen de l'humeur muqueuse et purulente excrétée avec l'urine, j'ajouterai que le sédiment est souvent composé d'un mélange de ces deux humeurs (la coïncidence des inflammations de la vessie et du bassinet étant très fréquente), et qu'il faut, dans un cas particulier, s'enquérir, non-seulement si le pus provient du rein ou de la vessie, mais encore s'il ne provient pas de ces deux organes ou d'une partie voisine.

§ 682. Si la cystite survient quelquefois après la pyélite, soit

par le fait de l'écoulement du pus à travers la vessie, soit autrement, bien plus souvent l'inflammation du bassinet et des calices est consécutive à des inflammations chroniques calculeuses ou non calculeuses de la vessie.

Les lésions organiques de ce viscère, surtout lorsqu'elles entraînent la rétention d'urine dans le bassinet et dans les calices, sont aussi des causes fréquentes de pyélite.

Presque toujours aussi les inflammations des conduits excréteurs de l'urine sont suivies ou accompagnées de l'inflammation des substances rénales; et souvent cette inflammation se montre dans l'un des reins à l'état aigu, et dans l'autre à l'état chronique.

La pyélo-néphrite est souvent la conséquence de diverses tumeurs qui se développent dans l'excavation du bassin.

Obs. VII. — Tumeur cancéreuse occupant le petit bassin, envahissant l'utérus, les ovaires et le bas-fond de la vessie; rétention d'urine, et dilatation de la vessie, qui remonte jusqu'au niveau de l'ombilic. Douleurs très vives à l'hypogastre et dans le rein gauche; urines troubles et alcalines. — Masse cancéreuse dans le petit bassin; cystite et pyélite chroniques; inflammation aiguë du rein gauche; inflammation chronique du rein droit.

Jarlat, âgée de 61 ans, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 2 novembre 1839.

Cette femme est depuis long-temps souffrante; depuis long-temps ses digestions sont difficiles; elle éprouve fréquemment des envies de vomir, surtout après le repas, et parfois tous les alimens qu'elle a pris sont rejetés par le vomissement. La peau a une teinte jaune-paille; la maigreur est considérable.

Cette femme accuse une douleur permanente à la région hypogastrique, et on remarque, en ce point, une tumeur molle qui remonte jusqu'à un pouce au-dessous de l'ombilic. La partie saillante de la tumeur est molle, élastique; en pressant plus fortement, on sent profondément des masses dures et inégales, qui occupent tout le petit bassin. Depuis deux jours l'excrétion des urines est complètement supprimée; quelques jours avant, Jarlat ne pouvait rendre que quelques gouttes d'urine, à chaque émission, et en souffrait beaucoup.

La pression n'éveille aucune douleur à la région des reins. Le toucher par le vagin fait reconnaître des bosselures et des indurations. Le col de la matrice, inégal et tuméfié, adhère à la paroi antérieure du vagin ; le doigt, appliqué à cette paroi, éprouve la sensation d'une tumeur dure, occupant la paroi postérieure de la vessie et les parties latérales du petit bassin. La sonde, engagée avec force dans le canal de l'urèthre, pénètre dans la vessie et donne issue à une pinte et demie d'urine trouble, d'une odeur fortement ammoniacale, bleuissant le papier de tournesol, rougi par un acide. Les garde-robes sont rares et douloureuses. La langue est rouge et un peu sèche; l'appétit presque nul ; parfois des éructations. Les douleurs hypogastriques se manifestent par élancemens, sans cesser jamais complètement, et elles obligent la malade à rester constamment au lit. La peau est sèche; le pouls petit, sans fréquence.

La malade resta à-peu-près dans le même état durant les premiers jours de son séjour à l'hôpital ; on la sonda deux fois par jour ; l'urine était trouble, alcaline et très fétide.

Le 5, douleurs plus vives ; insomnie ; pouls fréquent (90 pulsations par minute); langue très rouge et sèche; appétit nul; soif assez vive ; diarrhée ; évacuation involontaire de l'urine. La vessie est distendue, et la malade, qui redoute le cathétérisme, parce qu'il est douloureux, fait vainement des efforts considérables pour vider sa vessie. L'urine, extraite par la sonde, est épaisse, grisâtre et très fétide (*Eau de riz édulcorée, deux pots ; potion gommeuse ; julep, bis ; cathétérisme ; bouillons, soupes*).

Le 9, altération des traits; douleurs vives à l'hypogastre, où la pression est très douloureuse ; insomnie ; perte de l'appétit ; diarrhée; vomissemens après avoir pris du bouillon. Les urines coulent par regorgement ; la malade est sondée deux fois par jour. Les membres abdominaux sont engourdis et douloureux ; infiltration autour des malléoles (*Eau de riz édulcorée ; potion gommeuse ; julep, bis ; cataplasme ; dix sangsues à la région hypogastrique ; teinture de cantharides, six gouttes*).

Le 12, l'amaigrissement et la pâleur sont extrêmes ; évacua-

tions alvines involontaires; la malade urine sans qu'on la sonde (*Même prescription; dix sangsues sur la région du rein gauche*)

Le 15, état stationnaire depuis quelques jours; frissons irréguliers; envies de vomir; constipation depuis deux jours; douleurs très vives dans les efforts de défécation (*Limonade gazeuse; julep, bis; cataplasme; injections de guimauve; bouillons, soupes*).

Le 18, fièvre, langue rouge; pouls petit, fréquent; douleurs vives à l'hypogastre; gémissemens presque continuels. Le 20, de nouveau, rétention complète de l'urine (l'urine extraite par la sonde est trouble, d'un gris sale, alcaline et fétide). Le 22, la malade s'est encore affaiblie; les membres inférieurs sont œdématiés; les lèvres sont fuligineuses; la langue est très rouge et sèche; soif vive; envies de vomir plus fréquentes depuis deux jours, et frissons (*Deux vésicatoires aux cuisses*).

Le 24, la diarrhée a reparu après six jours de constipation; pouls très faible et très fréquent. Le 25, à la visite, extrémités froides; mort dans la nuit.

Autopsie du cadavre. — Abdomen. En plusieurs points, et surtout au niveau de l'ombilic, les anses intestinales sont unies par de fausses membranes molles et récentes; la vessie, distendue par de l'urine, est située presque complètement en dehors du petit bassin. L'excavation du bassin est remplie par des masses d'un tissu jaunâtre, dures, développées dans les ligamens de la matrice, autour des ovaires, et dans le tissu cellulaire extra-péritonéal; de telle sorte que toutes ces parties ne forment qu'une masse avec le corps de l'utérus et le bas-fond de la vessie. Les ovaires sont altérés et transformés en kystes séreux. Le corps de l'utérus ne présente pas de lésion extérieurement; mais à sa face interne, au niveau du col, existe une ulcération grisâtre et superficielle. La face antérieure de l'utérus adhère intimement au bas-fond de la vessie; le tissu cellulaire induré et dégénéré qui entoure ces deux organes, présente divers degrés du cancer: ici, ce tissu est dur, jaune et blanchâtre; là, il offre de l'injection et des stries rouges, disséminées sur un fond mat. La branche horizontale du pubis, la symphyse et le fond de la cavité cotyloïde ont aussi subi la transformation

cancéreuse; le scalpel pénètre facilement le tissu de ces os qui est ramolli et infiltré de matière cancéreuse. La vessie, plongée au sein de ces tissus dégénérés, est profondément altérée; la couche musculeuse est hypertrophiée et indurée; la membrane muqueuse est mamelonnée, parsemée d'érosions grisâtres. Au sommet de la vessie, la membrane muqueuse est d'un gris-ardoise uniforme; vers le col, elle a une teinte plus foncée, presque noire; sur plusieurs points, il existe des exsudations pseudo-membraneuses.

Les uretères, comprimés par la tumeur, ne présentent aucune déformation jusqu'au niveau du détroit supérieur du bassin; là, ils offrent une dilatation qui se prolonge jusqu'à l'infundibulum; les bassinets sont dilatés, et les calices, distendus par l'urine, forment des loges séparées, qui communiquent par de larges ouvertures avec le bassinet. La membrane muqueuse des uretères, du bassinet et des calices, est épaissie et d'un blanc laiteux, comme dans les pyélites chroniques. Les deux reins sont volumineux et mous, grisâtres, parsemés de plaques blanches circonscrites, et de petits points purulens, isolés ou réunis en groupes. Près de ces groupes, il y a de petits épanchemens sanguins du volume de la tête d'une grosse épingle. Dans les plaques blanches, la décoloration n'est pas seulement répandue à la surface de la substance corticale, elle s'étend à toute son épaisseur. Les mamelons sont affaissés et déformés par la pression qu'exerçait l'urine. La face antérieure du rein droit est uniformément anémique et dure comme dans certaines néphrites chroniques.

§ 683. L'observation suivante, recueillie par un de mes anciens élèves, M. le docteur Bureau, est un exemple de pyélite calculeuse, compliquée d'une inflammation chronique de la vessie, probablement *consécutive* à l'affection du rein. C'est, en outre, un nouvel exemple à ajouter à plusieurs autres que j'ai rapportés d'*hydropisie* consécutive à une lésion rénale profonde.

Obs. VIII.— Huit grossesses; douleur dans le flanc droit; pyélite calculeuse chronique du rein droit; cystite chronique; infiltration générale; mort.

Maturel, âgée de 59 ans, brodeuse, d'une bonne constitution, mère de dix enfans, réglée depuis l'âge de 13 ans, jusqu'à 52 ans, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a vingt ans (un an après son huitième accouchement, qui avait été naturel comme les précédens), elle commença à se plaindre d'une douleur dans le flanc droit, et d'une fièvre qui revenait irrégulièrement. La malade, qui jusqu'alors n'avait jamais fait attention à ses urines, remarqua qu'elles étaient brunes; elle ignore si elles contenaient du sable ou des graviers; jamais elle n'avait éprouvé de coliques néphrétiques. Des boissons délayantes et le repos la soulagèrent, mais ne la guérirent pas; elle sentait toujours de la douleur dans le flanc droit. Cependant elle continua de s'occuper de ses affaires.

Il y a dix ans, elle fit une maladie grave, avec délire. Après trois mois de souffrances, elle se rétablit, mais la douleur du flanc droit persistait; sourde et profonde, cette douleur s'irradiait du même côté dans les fesses, les hanches et la partie antérieure de la cuisse droite, et s'exaspérait parfois à tel point que la malade ne pouvait marcher qu'avec peine. L'émission des urines était fréquente et suivie d'une douleur à l'hypogastre. Les urines, troubles au moment de l'émission, déposaient une grande quantité de matière glaireuse. Depuis, la malade a constamment souffert du flanc droit.

Le 12 septembre 1837, elle entra à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

La peau est généralement décolorée et d'un blanc jaunâtre; l'embonpoint est assez considérable; le ventre est augmenté de volume; les intestins sont refoulés en avant et à gauche par une tumeur assez volumineuse que l'on sent dans le flanc droit, et qui fait saillie en avant. La région lombaire est manifestement élargie et bombée; la tumeur se perd en haut sous les fausses côtes, et s'étend en bas dans la fosse iliaque droite. En plaçant une main sur la région lombaire, et l'autre sur le flanc droit, on peut faire éprouver à la tumeur un ballottement très sen-

sible. On y reconnait aussi, distinctement, de la fluctuation. Cette tumeur est le siège de douleurs vives, qui s'exaspèrent à un haut degré par la pression.

Les urines, diminuées de quantité, forment un dépôt qui représente environ le sixième de la colonne du liquide. Ce dépôt est composé de deux couches : l'une, supérieure, d'une ligne environ d'épaisseur, est rosée; l'autre, d'un jaune verdâtre, est formée par du pus épais et filant. Malgré la présence de cette énorme quantité de pus, l'urine est acide. La malade urine souvent, en petite quantité chaque fois. A la fin de chaque émission, elle ressent une douleur fixe derrière la symphyse du pubis.

La digestion est difficile. Symptômes de catarrhe pulmonaire ; oppression, toux, crachats muqueux; pouls petit, fréquent. Le catarrhe acquiert plus d'intensité, la dyspnée devient plus forte, les crachats sont plus rares; un redoublement fébrile a lieu tous les soirs; la faiblesse fait des progrès; le ventre se tuméfie, et l'on constate un léger épanchement séreux dans le péritoine. Enfin, la malade s'éteint, le 1er novembre 1837.

Autopsie du cadavre, le 2. — *Habitude extérieure.* Infiltration générale du tronc et des membres.

Tête. Cerveau sain; un peu de sérosité dans l'arachnoïde.

Poitrine. Les poumons sont engorgés à leur partie postérieure ; les bronches sont remplies d'écume; la membrane muqueuse est d'un rouge très intense, tirant sur le brun. Le cœur ne présente aucune altération; ses cavités contiennent des caillots très consistans.

Abdomen. Une pinte environ de sérosité limpide dans le péritoine. Les gros intestins sont distendus par des gaz; l'épiploon et le mésentère sont chargés d'une grande quantité de graisse. La membrane muqueuse gastro-intestinale est un peu décolorée. Le foie est volumineux; la coloration de son tissu est uniforme et d'un jaune rougeâtre; sa consistance a diminué; le doigt le pénètre par le plus léger effort, et se couvre d'un enduit gras. La vésicule du fiel, énormément distendue, forme une tumeur cylindrique de trois pouces de long sur un et demi

de diamètre; la bile qu'elle contient est claire et d'une fluidité remarquable.

Après avoir enlevé l'intestin, on voit dans le flanc droit une tumeur enveloppée d'un couche graisseuse et qui a contracté une adhérence intime avec les organes voisins. L'aorte et la veine cave sont comprises dans cette masse graisseuse. La tumeur, formée par le rein, a cinq pouces et huit lignes de largeur dans son diamètre vertical, et dans son diamètre transversal environ quatre pouces et demi. A sa partie inférieure et interne, on voit l'uretère, qui a la grosseur du petit doigt. Une incision, pratiquée sur le bord externe de la tumeur et dans toute son épaisseur, donne lieu à l'écoulement d'un grand verre de pus grisâtre et très fétide. Ce qui reste de substance rénale forme, sur le bord externe de la tumeur, une sorte de croissant. Une masse graisseuse avait envahi le bassinet. Dans la poche multiloculaire que représente le rein, on peut compter dix ou douze loges ovalaires, de diverses grandeurs, séparées les unes des autres par des cloisons fibreuses. La surface interne de ces loges est d'un gris noir; dans l'une d'elles, la plus considérable, on trouve les fragmens d'un calcul; ces fragmens sont d'un rouge brun. Dans une loge plus petite, on trouve encore un petit calcul, très irrégulier, dont la forme se rapproche de celle de l'os palatin.

L'uretère a, dans toute sa longueur, le volume du petit doigt; cette augmentation de volume est presque entièrement due à l'épaississement de ses parois. La membrane muqueuse a une teinte ardoisée comme celle du bassinet. Les parois de la vessie sont très épaisses; sa membrane muqueuse a une teinte brun-foncé, assez uniforme. Le rein du côté opposé est sain.

L'utérus est gros; un petit polype mou est implanté dans sa cavité, du côté gauche.

§ 684. *Rapports de la pyélite avec les affections des organes de la génération.*

Les femmes qui ont des calculs dans les reins, sont plus sujettes aux coliques néphrétiques pendant la *grossesse* que dans l'état de vacuité.

Les calculs rénaux sont aussi une prédisposition aux fausses couches. « Une femme, dit Plater (1), ressentait, depuis bien des années, de fortes douleurs au rein gauche. Elle devint quatorze fois enceinte et toujours fit autant de fausses couches, vers le huitième ou le neuvième mois. Les douleurs lombaires augmentèrent avec l'âge, principalement du côté droit; elle rendit par l'urèthre beaucoup de calculs et une grande quantité de sang et de pus avec les urines. A sa mort, on trouva la substance du rein gauche entièrement détruite. Ce viscère ressemblait à un sac membraneux, rempli de sinus amples et de tubercules durs; l'uretère avait la grosseur d'un intestin. Le rein droit, très volumineux, contenait une grosse pierre branchue, de la forme d'une tête de cerf, qui remplissait les calices, le bassinet, et obstruait le commencement de l'uretère. La mère de cette femme était calculeuse; on lui trouva une pierre dans chaque rein.

Dominique Panaroli (2), professeur de médecine à Rome, assure aussi avoir vu périr presque toutes les femmes enceintes qui étaient attaquées de coliques néphrétiques. Mais il n'en est pas toujours ainsi : on a vu des femmes chez lesquelles un des reins était énormément distendu par du pus, devenir enceintes, et accoucher à terme, sans accident, d'un enfant bien conformé. Tel a été le cas de madame F..., auprès de laquelle je fus appelé pendant sa grossesse. Je transcris ici l'histoire de ce fait, recueilli par M. le docteur Beaugrand :

« Madame F..., âgée de 23 ans, blonde, d'une constitution lymphatique, est née de parens jouissant habituellement d'une excellente santé, et doués d'une complexion très vigoureuse; deux frères et deux sœurs, plus âgés qu'elle, sont également d'une très forte constitution.

(1) Plater, *Obs. med.*, lib. II, p. 436.

(2) Panaroli, *Pentecostæ*, 3. — Costes (*Sur une suppression d'urine et des douleurs néphrétiques survenues à une femme enceinte de sept mois et demi Journ. de méd. de Roux*, in-12, 1762, t. XVII, p. 180), cite un cas de rétention d'urine, avec douleur rénale, suivie d'avortement. Ce cas, dans lequel la malade se rétablit, diffère de ceux que nous venons de citer, notamment par l'absence des calculs dans les reins.

Vaccinée peu après sa naissance, elle a cependant eu, pendant son enfance, une variole peu grave, qui a laissé sur le visage quelques petites cicatrices caractéristiques; du reste, elle se portait habituellement très bien. Elle a été réglée à 12 ans; deux ans après, à la suite d'une frayeur, les menstrues se supprimèrent et ne reparurent qu'au bout d'un an environ, mais pâles et peu abondantes; depuis lors, elles ont toujours présenté les mêmes caractères.

Vers l'âge de 16 ans, survinrent, pour la première fois, des attaques de coliques néphrétiques dans le côté droit; coliques excessivement douloureuses, accompagnées de vomissemens de matières muqueuses et bilieuses très abondantes, et à la suite desquelles la malade éprouvait un peu de soulagement. Il y avait en même temps, et dès cette époque, douleur dans tout le flanc droit avec engourdissement notable de la cuisse et de la jambe correspondantes. Ces attaques se montraient tous les mois à l'époque des règles, duraient quatre à cinq jours, et disparaissaient après une application de sangsues; dans les intervalles la santé était parfaite.

Il y a quatre ou cinq ans, la malade fut près d'une année sans souffrir, bien que les règles n'eussent pas repris un meilleur aspect. Mais, après cette intermission, les douleurs néphrétiques reparurent aux mêmes époques et avec une notable augmentation dans l'intensité et la durée des accidens; dès-lors, à chaque accès, la malade put s'apercevoir d'un gonflement dans le flanc droit qui disparaissait avec les autres phénomènes.

Dès les premiers momens de l'apparition de cette maladie, les urines furent troubles, laissant déposer une couche glaireuse, que surnageait un sédiment blanchâtre, exhalant une odeur ammoniacale des plus prononcées; jamais la malade n'a pu constater dans ses urines l'existence de graviers; notons encore que, depuis l'hiver de 1838, il est survenu des hémorrhoïdes qui fluent de temps en temps, peu abondamment, sans époques fixes, et sans amener le moindre soulagement dans l'affection du rein.

Madame F... n'a jamais pu s'astreindre à suivre un régime et un traitement, excepté au moment des attaques; alors elle pre-

nait des bains entiers ou de fauteuil, se faisait appliquer des sangsues, etc.; mais, aussitôt les accidens calmés, elle revenait à l'usage du café, du vin pur, surtout du vin de Champagne, etc.

Devenue enceinte dans le courant de 1839, la malade s'aperçut que les accès avaient notablement perdu de leur intensité : jusqu'à cette époque, la santé générale s'était parfaitement soutenue, l'embonpoint était assez considérable, seulement le visage avait pâli, et offrait même une légère teinte jaune-paille.

Pendant les quatre ou cinq derniers mois de sa grossesse, la malade resta presque constamment couchée ou étendue sur un canapé.

L'accouchement eut lieu à terme, le 4 février dernier; les douleurs de la parturition commencèrent le matin, vers sept heures; il y eut quelques vomissemens, et à cinq heures du soir la délivrance eut lieu avec une extrême facilité. L'enfant, du sexe féminin, est aujourd'hui très bien portant, quoique d'une structure assez délicate.

Tout se passa comme dans les couches les plus heureuses; pas de perte, pas d'accidens du côté des reins; la fièvre de lait fut à peine marquée, et au bout de sept jours la malade put se lever; les lochies furent très peu abondantes, et au bout de trois semaines elles avaient cessé de couler. Toutefois, depuis cette époque, la malade avait conservé une leucorrhée qui se montrait surtout aux époques menstruelles, les règles n'ayant pas lieu : ces dernières n'ont reparu que depuis deux mois.

Depuis l'accouchement, les douleurs de la région rénale n'ont presque pas cessé de tourmenter madame F... En palpant l'abdomen, ce qui occasionne des souffrances assez vives, on sent, dans le flanc droit, une tumeur très considérable qui commence à partir du rebord des dernières fausses côtes, et descend jusque dans la fosse iliaque. Les douleurs que cet examen fait naître s'opposent à ce qu'on puisse délimiter exactement la tumeur, qui offre d'ailleurs une matité très prononcée. Les urines sont toujours, comme par le passé, peu abondantes, troubles, glaireuses, et laissent déposer un sédiment blanchâtre et purulent; seulement elles ont perdu leur insupportable féti-

dité. Examinées récemment par M. Bouchardat, ce chimiste y a reconnu de l'albumine, du mucus et du pus. Aujourd'hui (21 août), les forces sont abattues ; l'embonpoint a presque complètement disparu ; le visage a pris une teinte jaune-paille, très prononcée ; les digestions sont devenues laborieuses, difficiles ; presque tous les soirs, il survient un petit mouvement fébrile, la peau est alors chaude et sèche ; le pouls prend de la fréquence, et pendant une partie de la nuit des sueurs abondantes couvrent toute la surface du corps. Il survient de temps en temps une diarrhée séreuse qui cède assez promptement aux lavemens narcotiques, mais qui se reproduit avec une grande facilité. Il n'y a pas de traces d'infiltration œdémateuse aux membres inférieurs ».

§ 685. Cette observation prouve que les tumeurs rénales, avec excrétion d'urine purulente, n'ont pas sur la grossesse une influence aussi fâcheuse qu'on l'a cru assez généralement d'après F. Plater et Panaroli ; il est à remarquer cependant que, depuis l'accouchement, madame F... a eté de plus en plus souffrante.

§ 686. M. Bright (1) a rapporté le cas d'une femme âgée de 30 ans, qui, après avoir rendu, de temps en temps, de l'urine sanguinolente pendant trois ans environ, devint enceinte et accoucha d'un enfant bien portant. Six semaines après, elle s'aperçut qu'elle portait une tumeur dans le flanc gauche. Devenue de nouveau enceinte, elle mit au monde un second enfant vivant. Neuf mois après, cette femme fut admise à l'hôpital de Guy et y mourut, environ deux mois après, d'une pleuro-pneumonie. La tumeur était formée par le bassinet du rein gauche distendu par du pus.

Dans le cas suivant, l'inflammation de la vessie, du bassinet et du rein a été beaucoup moins grave et a pu être traitée avec succès :

(1) Bright. *On abdominal tumors* (*Guy's hospital Reports*, n. VIII, april, 1839. p. 222).

Obs. IX. — Cystite et pyélo-néphrite du rein droit et peut-être du rein gauche; urine sanguinolente et muqueuse chez une femme enceinte de six mois; deux saignées; guérison rapide.

Sattaleur (Annette), âgée de vingt-six ans, femme de ménage, entra à la Charité, le 6 octobre 1836.

Cette femme, née dans le nord de la France, est blonde et fortement constituée; elle n'a jamais été malade excepté l'année dernière, au mois d'octobre, après une très forte fatigue; étant enceinte de cinq mois, elle fit une fausse couche. Elle entra dans le service de M. Fouquier dix-sept jours après, et y resta trois mois. Elle n'avait jamais uriné de sang, ni de glaires, ni de graviers, jusqu'à cette époque. Elle n'a point eu d'attaques de goutte, ni de rhumatisme. Elle n'avait jamais souffert des reins.

Cette femme, enceinte de six mois, n'avait point éprouvé d'accidens depuis le commencement de sa seconde grossesse, lorsqu'il y a huit jours, sans cause connue, elle a été prise de douleurs très vives dans le ventre et dans les reins, et a uriné du sang. A chaque instant elle urinait, et avec douleur. Voici l'état qu'elle présentait le 7 octobre : Décubitus dorsal; air de souffrance, douleur extrêmement vive dans la région du rein droit, qu'on peut à peine toucher en arrière sans provoquer un cri de souffrance; douleur vive à la vessie, moins vive dans la région du rein gauche; douleurs singulièrement exagérées par la pression. Deux bocaux d'urine, de quatre onces chacun, en vingt-quatre heures; dans un d'eux l'urine contient une quantité assez notable de sang; elle est acide et donne un très fort précipité d'albumine : l'autre contient une urine d'un jaune sale, avec beaucoup de mucus; par l'acide nitrique elle donne un très léger précipité d'albumine; l'émission est fréquente (dix-huit émissions en vingt-quatre heures). Langue sale, point d'appétit, soif, ventre ballonné depuis huit jours. Céphalalgie frontale très intense, surtout le soir; insomnie, faiblesse et courbature générale. La malade se tient à peine sur ses jambes (trois jours après, la marche était beaucoup plus assurée). Rien d'anomal au cœur, si ce n'est la fré-

quence de ses battemens (pouls à cent six), respiration naturelle.

On fit deux saignées en trois jours; l'une de douze, et l'autre de dix onces. Dès le lendemain, l'urine était à peine colorée par du sang. Quatre jours après, les douleurs, qui avaient promptement et graduellement diminué, ne se faisaient plus sentir que dans le rein droit, et encore étaient-elles légères; la malade n'avait uriné que quatre fois, en vingt-quatre heures; les urines contenaient encore un peu de mucus, mais point de sang; elles étaient acides; la fièvre et la céphalalgie avaient complètement disparu. Cette amélioration rapide eut lieu sans aucun autre phénomène digne d'être noté. La veille de son départ de l'hôpital, la malade eut un vomissement qui nous parut devoir être attribué à la grossesse. On entendait distinctement les battemens du cœur du fœtus, et le souffle placentaire. Le maximum d'intensité du souffle était à droite, un peu au-dessous du niveau de l'ombilic.

Les deux saignées n'ont point eu d'influence fâcheuse sur la grossesse. Cette femme est sortie guérie de l'hôpital, le douze octobre 1836.

Obs. X. — Pyélite calculeuse chez une femme grosse; accouchement laborieux; urines et selles purulentes; perforation du rein gauche dans le duodénum. — (Extrait d'une observation intitulée : *Observation d'une maladie du rein gauche, terminée par la mort;* par J. Briant, chirurgien-accoucheur. *London Medical and Physical Journal*, vol. LX, p. 279).

Madame T..., âgée de 25 ans, blonde, d'une forte constitution, fut prise, quatre jours après un accouchement laborieux où l'on administra le seigle ergoté, de vives douleurs dans le côté gauche, vers l'S iliaque du colon. Jusqu'alors elle s'était fort bien trouvée, les lochies coulaient, et la sécrétion du lait était abondante. La pression augmentait la douleur. Mad. se rappela avoir eu, environ deux ans auparavant, une semblable douleur, qu'elle attribua à un effort en portant un lourd fardeau. Fièvre, pouls fréquent, plein, dur; garderobe la veille au moyen d'un purgatif. Après cinq jours de traitement (*saignée, purgatifs*), elle fut convalescente et se porta assez bien

jusqu'au 15 avril. Elle se plaignit alors de malaise dans le côté gauche : apyrexie, constipation, vomissemens. Le 17 et le 18, tension, dureté du ventre dans le point douloureux ; fièvre. Cette tension et cette dureté augmentent le 23, et s'étendent obliquement vers l'hypochondre droit et en bas vers le pubis. Le 24, la tumeur s'élève du pubis, et s'étend jusqu'au rebord des fausses côtes gauches : douleur obtuse; frissons le matin; émission de l'urine non douloureuse; fièvre, insomnie, vomissemens bilieux. Le 30 avril, fluctuation profonde au centre de la tumeur; les urines ont une odeur animale, putride. Le 5 mai, une grande quantité de pus passe par les urines, et la tumeur s'affaisse considérablement. Le 7, urines très purulentes, rendues sans douleur; diarrhée ; faiblesse générale.

Le 8 juin, diarrhée, selles purulentes; stomatite aphtheuse; urines quelquefois claires, quelquefois troubles, mais n'ayant plus l'odeur putride. Délire dans les quatre derniers jours de la vie; agitation, contraction des pupilles; difficulté de contenir la malade dans son lit.

Autopsie du cadavre, dix-huit heures après la mort. — En examinant l'extérieur du ventre, on aperçoit inférieurement, sur le côté gauche, une surface noire qui semble annoncer une gangrène interne. L'abdomen ouvert, on constate un déplacement et un retrait considérable des viscères; l'estomac est poussé en haut, son extrémité inférieure est sur un même plan que l'orifice cardiaque. Le foie est très volumineux; le colon est plus élevé qu'à l'ordinaire, et le duodénum est tiré à gauche. Trois calculs biliaires dans la vésicule, un dans le conduit cystique.

Le rein gauche est très développé et décoloré; la portion de cet organe qui est dans le petit bassin est remplie d'un pus noir de mauvaise nature. Il contient quatorze calculs de la grosseur d'une noisette; il semble changé en une vaste poche purulente, dont le liquide avait passé en partie dans l'urèthre et en partie dans le duodénum, à travers une ulcération qui établissait la communication. Une couche de lymphe coagulable recouvre extérieurement la vessie, qui semble, du reste, parfaitement saine.

§ 687. Le cas suivant a été cité à tort comme un exemple d'hydro-néphrose, par le docteur Kœnig; c'est évidemment un cas de suppuration du bassinet et des calices.

Obs. XI. — Pyélite chronique; rein droit formant une tumeur considérable dans le flanc; accouchement naturel; écoulement abondant d'urine purulente; affaissement de la tumeur; diarrhée; mort (J. Johnson, *Monthly Medico-chir. Journ.* juillet 1816. *Medico-chirur. review and journ. of medical science*, 11 december 1822. *London medical repository*, vol. XIX, p. 41, 1823).

Une pauvre femme était traitée par le docteur Johnson, depuis le 6 mai 1816, époque à laquelle elle était enceinte de huit mois. Elle se plaignait, dans le côté droit du ventre, de douleurs violentes qui s'étendaient du nombril jusqu'aux vertèbres des lombes, et des fausses côtes jusqu'à l'aine. Elle avait une forte fièvre, et l'urine était rouge; le ventre était d'une grosseur extraordinaire; mais ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est qu'on pouvait sentir, bien distinctement, un sillon qui descendait du creux de l'estomac, jusqu'aux parties sexuelles. De chaque côté de ce sillon, le bas-ventre était tuméfié et arrondi, comme s'il y avait eu deux matrices au lieu d'une; les deux côtés offraient presque la même dimension; le droit, au toucher, paraissait plus régulier et plus élastique que le gauche. Si on pressait, en quelque endroit que ce fût, le côté droit, on produisait une grande douleur qui s'étendait presque jusqu'à la colonne vertébrale. On ne put obtenir que des détails très imparfaits sur ce cas, la malade n'étant débarquée que depuis peu de temps d'un petit vaisseau de guerre; elle dit qu'elle avait éprouvé, deux ans auparavant et pour la dernière fois, quelques douleurs dans la région des reins. Ses souffrances n'étaient devenues aussi fortes que depuis sa grossesse; et, depuis les trois derniers mois, elles continuaient sans interruption. La malade ajoutait qu'avant sa grossesse, son ventre n'était point tuméfié, mais qu'elle avait éprouvé, dans les derniers mois d'une grossesse précédente, beaucoup de douleurs dans le côté droit. Les selles avaient toujours été très régulières; mais l'urine sortait tantôt en très petite quantité et

d'une couleur vive safranée, ou en abondance et blanches comme du lait. Quand l'urine avait ce dernier caractère, elle coulait facilement ; lorsqu'elle n'était rendue qu'en petite quantité, l'excrétion était toujours accompagnée de violentes douleurs. Cette pauvre femme attribuait ses souffrances à une habitude qu'elle avait été forcée de prendre pendant l'allaitement d'un de ses enfans, et pendant qu'elle se trouvait sur mer avec son mari. Pour avoir du linge sec, elle était obligée de faire sécher, sur son corps, tout le linge lavé et tous les langes de son enfant. Du 6 au 10 mai, on la saigna; on lui appliqua des vésicatoires sur le ventre, et elle prit des diurétiques. Le 10, le travail de l'accouchement commença ; chaque douleur produisait des angoisses. Le lendemain, elle accoucha d'un enfant vivant, et elle dit qu'elle était délivrée de toutes ses douleurs. Le côté droit du ventre avait alors un peu diminué. Mais le côté gauche, au lieu d'être plus plat, était soulevé par une grande tumeur qui s'élevait au-dessus du niveau du ventre de quatre pouces, et qui avait sept à huit pouces de diamètre. Cette tumeur était tendue et lisse sur toute sa surface. En la touchant doucement, on percevait de la fluctuation ; toute espèce de pression produisait de la douleur. L'écoulement des lochies n'eut pas lieu après l'accouchement, et la douleur primitive (celle dans le côté droit) revint bientôt, mais pas au même degré qu'avant l'accouchement; la malade était tourmentée par la fièvre, une diarrhée colliquative et un besoin continuel d'uriner. A cette époque, les médecins Lara, Guy Seyde et d'autres la visitèrent. On croyait généralement que cette maladie était une hydropisie de l'ovaire. L'ouverture de la tumeur fut proposée, mais rejetée comme fâcheuse. Le 20 mai, de grand matin, la garde fut étonnée de trouver le lit de la malade tout mouillé par un liquide laiteux qui s'était répandu sur le plancher, l'avait traversé et s'était écoulé en grande partie dans une pièce au-dessous (1). La garde ne put dire d'où était sorti ce liquide, et la malade avait si bien dormi cette nuit-là, qu'elle

(1) La garde-malade mit très probablement de l'exagération dans son récit.

ne s'était point aperçue de cet écoulement. Elle assura au reste que ce liquide laiteux était de la même nature que l'urine qu'elle avait quelquefois rendue antérieurement. Ce liquide sentait peu l'urine; lorsqu'on leva la couverture du lit, on vit que la tumeur avait disparu; en portant la main sur le siège de la tumeur, on en trouva encore quelques traces, et on perçut une légère fluctuation. Cependant on ne voyait plus de tumeur au ventre; la douleur avait aussi disparu. L'urine laiteuse continuait d'être rendue en grande quantité. Malgré ce changement subit, un prompt amaigrissement, un affaissement complet des forces, la décomposition des traits, des sueurs froides et une diarrhée colliquative présageaient la mort. La nature lutta encore pendant quatre jours; une grande quantité d'urine laiteuse coula involontairement pendant ce temps; les selles continuèrent; la malade mourut dans la matinée du 25 mai. Le bas-ventre était redevenu aussi flasque que si jamais aucune tumeur n'eût existé.

L'ouverture du corps ne put être obtenue qu'avec peine et ne put être faite d'une manière complète. Lorsque le ventre fut ouvert, on aperçut d'abord le cœcum, volumineux et adhérent à une immense poche qui était aussi attachée à la partie supérieure du gros intestin. Cette poche remplissait ce côté du bas-ventre, depuis le foie jusqu'au périnée, et s'étendait de la paroi antérieure du ventre à la colonne vertébrale. L'uretère était très volumineux et contenait un liquide blanchâtre semblable à celui qui avait été rendu pendant la vie. On pouvait le faire passer de l'uretère dans la vessie, et ce conduit se remplissait de nouveau du liquide contenu dans le sac. Dans ce sac, formé par le rein, il y avait encore trois pintes de liquide. Ses parois variaient en épaisseur, depuis celle d'un farthing à celle d'un shilling. Toute la surface intérieure du sac était très vasculaire et garnie de petits corps semblables à des glandes, de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un pois. De plusieurs points des parois s'élevaient des lames minces ou des cloisons semi-loculaires. La plus large de ces cloisons n'arrivait pas à la moitié du diamètre de ces loges, de sorte que dans tous les sens elles communiquaient librement entre elles. La

quantité du liquide que ce sac pouvait contenir était, sans exagération, de cinq ou six pintes (*quarts*).

§ 688. Après des *accouchemens laborieux*, les bassinets peuvent s'enflammer par suite de lésions ou d'inflammations de la vessie, d'inflammations de l'utérus ou du tissu cellulaire extrapéritonéal; mais presque toujours les reins eux-mêmes participent aux désordres variés que cette circonstance a fait naître; parfois même ces organes sont le siège des lésions principales, ou bien même les bassinets ne sont point affectés (1). Dans l'observation suivante, la lésion des reins et des

(1) Une femme âgée de 30 ans, jouissant habituellement d'une bonne santé, était accouchée facilement et heureusement; mais, huit ou dix jours après l'accouchement, elle fut prise d'une fièvre intense, de vomissemens, de douleurs très vives dans les hypochondres, avec diarrhée, ballonnement du ventre et une très forte oppression. Le médecin qui lui donna les premiers soins, croyant à une pneumonie, fit pratiquer des saignées et prescrivit des boissons émollientes.

Le vingtième jour de l'invasion de la maladie, elle fut conduite à l'hôpital Necker, dans le service de M. Trousseau; elle était alors dans l'état suivant:

Délire, stupeur, sécheresse de la langue, vomissemens, diarrhée, ballonnement du ventre, douleurs excessives dans tout le ventre, dyspnée, râles muqueux et sibilant dans toute la partie postérieure des poumons. La malade allant sous elle et involontairement, on ne peut constater ni la quantité, ni la qualité de l'urine. On crut à l'existence d'une péritonite puerpérale avec accidens typhoïdes, et on prescrivit des émolliens, puis des astringens et des vésicatoires. Cette femme mourut le quarantième jour environ après l'accouchement, trente jours après l'invasion de la maladie, et dix jours après son admission à l'hôpital. A l'ouverture du cadavre, on reconnut que le cerveau, le cœur, le poumon étaient sains; mais les deux reins offraient une altération très remarquable. En ouvrant les deux reins, il s'en écoula une grande quantité de pus. Le rein gauche, après l'écoulement du pus, pesait une livre moins trois gros et demi; il avait six pouces deux lignes de longueur, quatre pouces dans sa plus grande largeur et trois pouces environ d'épaisseur. Sa surface, généralement pâle, était parsemée de légères taches rougeâtres, et surmontée de nombreuses bosselures, fluctuantes sous le doigt. A la coupe, la substance corticale, décolorée, est énormément boursoufflée et infiltrée de pus dans une foule de points, et dans d'autres, surtout vers la périphérie, comme creusée de cavernes, remplies de collections purulentes. C'étaient ces collections purulentes qui soulevaient la capsule fibreuse du

bassinets fut marquée par les symptômes de la métro-péritonite, par l'inflammation du tissu cellulaire du bassin et par une incontinence d'urine. Toutefois, la lésion de la vessie nous fit signaler aux élèves la possibilité d'une inflammation des bassinets et des reins.

Obs. XII. — Accouchement laborieux, terminé par le forceps; métro-péritonite puerpérale; incontinence d'urine et des matières fécales; symptômes cérébraux; mort. — Cystite; eschare au col de la vessie; petits dépôts purulens dans l'excavation du bassin; pyélo-néphrite; infiltration purulente sous forme de plaques blanches à la surface du rein gauche.

Pauriel (Louise), âgée de trente-et-un ans, couturière, fut apportée à l'hôpital de la Charité, le trente octobre 1839. Cette femme, accouchée depuis neuf jours, présentait alors tous les symptômes d'une métro-péritonite grave, qui avait débuté deux jours après un accouchement laborieux, dans lequel on parvint, après beaucoup d'efforts, à extraire avec le forceps un fœtus mort.

Depuis l'accouchement, douleurs très vives à l'hypogastre;

rein, et qui formaient les bosselures si remarquables qu'on voyait à sa surface. Cette capsule était décollée par le pus en une foule de points, et ces abcès sous-fibreux étaient séparés les uns des autres par du tissu cellulaire infiltré de pus et qui se déchirait facilement à la plus légère traction.

La substance tubuleuse était presque partout saine, mais généralement pâle; dans quelques points seulement, il y avait de petits grains de pus. Plusieurs cônes étaient à-peu-près complètement décoiffés de leur substance corticale, qui était remplacée par une collection purulente. Le bassinet était pâle, un peu ample, mais n'offrait rien de particulier.

Le rein droit, un peu plus long et plus étroit que son congénère, pesait deux gros de moins; les collections purulentes, en moins grand nombre, étaient plus considérables.

Le pus contenu soit dans la substance corticale des reins, soit dans les abcès sous-capsulaires, était blanc avec une très légère teinte verdâtre. Vu au microscope, ce pus offrait un certain nombre de globules purulens qui paraissaient plus minces que les globules ordinaires, et une grande quantité de granulations irrégulières, analogues à celles que je considère comme des détritus de globules purulens (§ 420).

difficultés d'uriner, efforts pour rendre quelques gouttes d'urine, qui, parfois, coule involontairement. Le ventre est tendu et volumineux; matité dans toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen. Une tumeur dure et résistante, semblable à un utérus au sixième mois de la grossesse, occupe toute la région sous-ombilicale; le ventre est sonore dans tous les autres points où les intestins se trouvent réfoulés; douleurs permanentes, accompagnées de frisson, dans toute l'étendue de la cavité abdominale. Les parties génitales externes sont tuméfiées et meurtries.

Le 4 octobre, l'écoulement des lochies est complètement supprimé; le linge de la malade est mouillé par l'urine, et sali par les matières fécales, qui s'échappent involontairement. Il ne s'écoule par la sonde que cinq à six onces d'urine, d'un jaune citron, et légèrement acide.

Le 5, la peau offre une teinte jaune-paille; les traits sont crispés; la physionomie exprime la souffrance. Pouls petit, fréquent (95 pulsations par minute) et irrégulier. Langue blanche au centre, rouge et sèche à la pointe, éructations, envies de vomir; toux rare sans expectoration. Bruits du cœur un peu sourds et confus (*Saignée de douze onces; eau de gomme édulcorée; cataplasmes émolliens; diète*).

Le 6, frissons continuels; légère diminution des douleurs; un peu de repos pendant la nuit. Le sang présente une couenne assez épaisse, relevée sur les bords (*Saignée de huit onces; eau de gomme édulcorée; cataplasme; lavement d'amidon avec laudanum douze gouttes*).

Le 7, la tension et la tuméfaction du ventre persistent; frisson, pâleur, refroidissement général; douleurs abdominales vives; de temps à autre gémissemens; langue toujours sèche et sale; légère stupeur (*Eau de gomme édulcorée; cataplasmes; lavemens laudanisés*).

Les 9 et 10, les symptômes cérébraux ont pris un caractère plus grave encore; à la stupeur et à l'abattement a succédé de l'agitation; les yeux sont animés; cette femme pousse des cris qui troublent le repos des autres malades (*Large vésicatoire sur l'abdomen*).

Le 11, la malade se plaint de vives douleurs et d'une très grande oppression.

Les 12 et 13, la peau est couverte d'une sueur froide; agitation continuelle; incontinence de l'urine et des matières fécales; tuméfaction, douleur et tension de l'abdomen; pouls petit et déprimé, traits décomposés.

Le 13, suffocation extrême, pouls presque insensible. Mort le 14 au matin.

Autopsie du cadavre. — *Abdomen.* Le péritoine offre une teinte brune-ardoisée, générale; quelques adhérences unissent le colon transverse, le grand épiploon et le fond de l'utérus, dont le volume égale celui des deux poings. L'utérus adhère, dans tout son pourtour, aux parois du petit bassin, à la vessie et au rectum. Après avoir détruit ces adhérences, on remarque de petits dépôts purulens dans le tissu cellulaire du petit bassin et dans les fosses iliaques. La cavité du péritoine ne contenait ni liquide séreux, ni liquide purulent. Les veines ovariques, iliaques et utérines, pleines d'un sang fluide et séreux, n'offraient point de traces de suppuration. Le tissu cellulaire du petit bassin était généralement engorgé. La face interne de l'utérus est recouverte d'une couche molle, grisâtre, qui s'enlève comme une bouillie. Le col de l'utérus, dilaté et très tuméfié, présente deux déchirures profondes aux extrémités du museau de tanche.

Le rein gauche, un peu plus volumineux que le rein droit, présente, à sa surface, une injection rouge, très prononcée, interrompue par des plaques blanches, déprimées. La substance corticale est ramollie au niveau de ces plaques blanches; et, si on l'incise en ces points, il suinte une matière purulente. Les cônes de la substance tubuleuse qui correspondent à la couche corticale ainsi altérée, présentent une injection radiée, et fournissent une assez grande quantité de sang lorsqu'on les incise.

Il existe, en outre, à la surface du rein et dans l'épaisseur de la substance corticale, de petits épanchemens de sang coagulé. La substance corticale n'a augmenté, d'une manière notable, d'épaisseur, ni de consistance; elle est plus molle dans

le rein droit que dans le rein gauche, dont les altérations sont bien moins prononcées. Celui-ci n'offre, à sa surface, qu'une légère injection, nuancée de teintes rouges et jaunâtres ; il est, du reste, à l'état sain.

La membrane interne des deux bassinets, épaissie et très injectée, est parcourue par une multitude de vaisseaux, les uns rosés et les autres bleuâtres. Cette membrane est enduite d'un mucus épais et purulent.

La vessie est contractée ; sa membrane interne, d'un brun foncé par plaques, et d'un rouge vif sur d'autres points, offre la rougeur et la tuméfaction qui appartiennent à l'inflammation aiguë de cet organe. Le trigone vésical a une couleur d'un rouge bleu, très foncé, et noirâtre dans quelques points. Le col de la vessie, dans l'étendue de cinq à six lignes, présente une surface tout-à-fait noire, circonscrite par un cercle grisâtre où la membrane muqueuse est complètement mortifiée.

L'intestin, le poumon, le cœur, les gros vaisseaux et le cerveau étaient sains.

§ 689. Dans l'observation suivante, qui a été recueillie par un de mes anciens élèves, M. le docteur Roger, l'inflammation suppurative du bassinet n'était, à proprement parler, qu'un des phénomènes d'une maladie générale, d'une infection purulente. Ce fait doit être rapproché de plusieurs autres que j'ai déjà publiés (§ 473).

Obs. XIII. — Accouchement; résorption purulente; pus dans le rein et les calices, dans la rate, les poumons, le péricarde.

Louise Chamet, âgée de vingt-quatre ans, domestique, entra à l'Hôtel-Dieu, le 19 janvier 1837. Cette fille, d'une constitution forte, avait habituellement une santé excellente.

Elle affirme n'avoir jamais été malade, et n'avoir éprouvé aucun accident du côté des voies urinaires.

Elle est accouchée, pour la première fois, le 1er janvier 1837 ; la grossesse avait été heureuse, et l'accouchement fut facile et prompt. Pendant six jours les lochies coulèrent bien ; puis, sous l'influence d'un léger refroidissement, elles s'arrê-

tèrent presque tout-à-fait. En même temps, Chamet commença à tousser un peu; elle avait un malaise, une faiblesse générale, avec des frissons par intervalle : mais elle ne s'alita point, et elle ne put, quand nous la vîmes pour la première fois, accuser de siège à son mal.

Notre examen ne mena point, non plus, à un résultat positif.

Le 19 janvier, facies altéré, pâleur; langue un peu rouge, non visqueuse, soif, peu d'appétit; ni nausées, ni vomissemens, ni diarrhée, ni constipation; ventre complètement indolent, même à la pression; point de taches à la peau. Pouls donnant seulement soixante-quatre pulsations, régulier; peau un peu chaude; la malade dit avoir, le soir, des frissons non suivis de sueur; toux fréquente, peu douloureuse, humide; crachats muqueux. Bulles de râle muqueux à la base des deux poumons, avec râle sibilant par intervalles. Point de dyspnée.

Les urines n'offraient rien d'extraordinaire, au dire de la malade, et elles ne furent point examinées.

Pas de céphalalgie; faiblesse générale avec étourdissement (*Tisane de mauve sucrée, julep*).

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, cette femme était dans la même situation : seulement elle se plaignait d'une légère douleur dans le ventre (*Cataplasmes émolliens*).

Le 26, la faiblesse générale est beaucoup plus grande, le facies est de plus en plus altéré; la teinte de la peau est partout d'un jaune pâle, les dents sont sèches, la langue collante; il y a de la diarrhée. La malade a des frissons le soir : la fièvre est continue, le pouls petit et fréquent. Cet état fait songer à une résorption purulente; mais un examen attentif et répété ne peut faire découvrir aucune maladie locale.

Le dernier jour, il y eut du délire. Mort le trois février.

Autopsie du cadavre, trente-huit heures après la mort. — Dans le flanc gauche, vers la dernière fausse côte, on trouva un abcès de la grosseur d'un œuf de poule, situé entre le péritoine pariétal et l'épiploon, et circonscrit par de fausses membranes récentes.

La rate était recouverte en partie par le foie, qui était très

développé, mais sain d'ailleurs. Dans la partie inférieure et antérieure de la rate existait un abcès de la grosseur d'une noix : le foie formait la paroi antérieure du foyer purulent. Deux autres petits abcès, isolés, gros comme un œuf de pigeon, se trouvaient dans le tissu de la rate, qui était très volumineuse et généralement ramollie. La surface de cet organe était également parsemée de fausses membranes de récente formation. A part ces adhérences, il n'y avait pas de traces de péritonite. Pas d'abcès dans le foie, ni dans la fosse iliaque, ni dans le petit bassin.

L'utérus était à-peu-près double de son volume ordinaire; son tissu ferme paraissait sain : dans sa cavité, teinte rouge noirâtre (probablement restes du placenta). Les trompes, les veines utérines, les vaisseaux lymphatiques, examinés avec beaucoup de soin, ne contenaient point de pus, non plus que les veines caves, les veines hépatiques, la veine porte, les veines du petit bassin, les iliaques et les crurales.

Les grandes articulations furent ouvertes et parurent saines.

Les organes de la cavité crânienne ne présentèrent aucune altération. Adhérences anciennes au sommet des poumons. Engouement de la partie postérieure des deux poumons : dans tous les deux, dans le droit surtout, on rencontre plusieurs petits abcès métastatiques, de la grosseur d'une noisette. Péricardite récente et très étendue : six à huit onces de sérosité jaunâtre, flocons albumineux, fausses membranes dans la cavité du péricarde et donnant au feuillet péricardique du cœur l'aspect d'une langue de chat.

A l'extrémité supérieure du rein gauche, il y avait un foyer qui contenait au moins quatre onces d'un pus blanc jaunâtre homogène. Ce foyer faisait saillie à la surface externe du rein, dans la substance corticale elle-même.

§ 690. L'observation suivante, qui m'est communiquée par M. Tardieu, fils, interne des hôpitaux, est curieuse à plusieurs égards. D'abord la femme qui est le sujet de l'observation, était *nourrice*, et elle a allaité un enfant, pendant plusieurs mois, sans avoir, en aucune façon, la conscience de la tumeur rénale qu'elle portait dans le flanc droit. Pendant la vie, on a pensé

que cette tumeur pouvait dépendre tout aussi bien du foie que du rein; l'urine était naturelle, ou au moins ne contenait pas de pus; l'uretère du rein malade était dans un point complètement oblitéré. La mort paraît avoir été déterminée non-seulement par l'inflammation de la poche rénale, mais encore par l'inflammation du péritoine et de la portion contiguë du foie.

Obs. XIV. — Dyspnée et diarrhée; urines naturelles, non chargées de pus; pyélite calculeuse du rein droit; affection de la portion contiguë du foie; péritonite; mort.

Glinet, née Pillon (Louise-Antoinette), âgée de 27 ans, balayeuse, épuisée par le travail et la misère, nourrissant un enfant de huit mois, entra à l'hopital Cochin le 30 juillet 1840. Elle était malade depuis huit jours sans pouvoir assigner aucune cause de dérangement de la santé. Interrogée à plusieurs reprises, elle persiste toujours à assurer qu'elle se portait encore très bien il y a quelques jours. La physionomie exprime la douleur et l'angoisse; les yeux sont brillans, les pommettes fortement colorées. Le symptôme le plus apparent est une excessive dyspnée. La malade se plaint d'une douleur très vive à la base de la poitrine, du côté droit, en arrière, vers la sixième côte; la respiration est un peu sifflante au sommet du poumon. La malade a craché du sang en très petite quantité à une époque qu'elle ne peut préciser. Le ventre est le siège d'une vive douleur. Quand on palpe les parois abdominales, le foie paraît considérablement augmenté de volume; il remonte jusqu'à la quatrième côte et déborde de 56 millimètres les cartilages des fausses côtes. Tout cet espace est rénitent au toucher et très sensible à la pression. Depuis quatre jours, la malade a une diarrhée presque continuelle; le pouls est à 102 pulsations, assez plein encore (*Saignée de deux palettes*). Le soir, la douleur du côté est beaucoup moindre; la dyspnée persiste encore ainsi que le dévoiement (*Saignée d'une palette et demie; lavement laudanisé*).

Le 31 juillet, la dyspnée a considérablement diminué; mais la rénitence douloureuse que l'on a remarquée dans le flanc droit, est toujours la même. La diarrhée, qui avait disparu, reparaît le matin (15 *sangsues à l'anus*). Le 1er août, la malade

ne pouvant continuer de soigner son enfant on le lui retire; elle est excessivement faible. Le 2 août, on sent manifestement, dans le flanc droit une tumeur dure, circonscrite, douloureuse à la pression, légèrement saillante en avant, se prolongeant en arrière vers le rein; en bas on ne peut isoler le foie de la tumeur. La poitrine ne présente à noter qu'un peu de râle sibilant. Les urines, acides, sont naturelles, au moins en apparence; elles sont peu abondantes. La diarrhée persiste. Pouls donnant 114 pulsations (*Lavement; cataplasme; bains*). Les jours suivans, la fièvre et le dévoiement continuent; la dyspnée reparaît; la figure prend de plus en plus une expression d'anxiété; les urines paraissent naturelles; la tumeur du flanc devient de plus en plus distincte; on pense que c'est une tumeur phlegmoneuse du foie, ou plutôt une tumeur rénale (*Décoction blanche; bains; riz*). Le 6, la malade est prise du hocquet; diarrhée; fièvre; nausées suivies de quelques vomissemens (*Bains; glace; 15 sangsues à l'anus*). Le 7, frisson court et passager; l'état général est le même. L'affaiblissement est toujours croissant; les bains causent beaucoup de fatigue. Le 8, nouveaux frissons; sur les membres, le cou, les épaules, larges plaques érythémateuses qui disparaissent le soir. Le 9, on sent, à n'en pas douter, de la fluctuation dans le tumeur. Le hocquet est de plus en plus fort. Les yeux sont ternes; au sortir du bain, la malade est prise d'un frisson violent; au bout de quelque temps on voit reparaître, sur tout le corps, de larges taches d'un rouge livide. A huit heures, la malade succombe sans avoir présenté aucuns symptômes cérébraux.

Autopsie du cadavre dix-huit heures après la mort. — *Etat extérieur.* La rigidité cadavérique est extrême; çà et là on remarque des marbrures violacées.

Cavité thoracique. — Les plèvres et les deux poumons sont sains dans toute leur étendue; point de tubercules. L'oreillette droite du cœur contient un caillot très volumineux, en partie décoloré, assez adhérent.

Cavité abdominale. — L'ouverture du péritoine donne issue à une petite quantité de sérosité trouble. Cette membrane présente de faibles traces d'inflammation; un peu d'injec-

tion sur les intestins; un peu de pus dans le petit bassin.

Dans le flanc droit, on découvre une tumeur bornée en haut par le foie, en dedans par le duodénum, et en bas par le cœcum et le colon. Une incision pratiquée en arrière de cette tumeur en fait sortir plus d'un demi-litre de pus crémeux, jaune-verdâtre, semblable à celui que l'on voit dans le bassin. Après avoir isolé cette tumeur des portions du tube digestif qui lui sont faiblement adhérentes et qui toutes sont saines, on reconnaît que cette poche, à parois épaisses et injectées de vaisseaux nombreux, est formée par le rein droit, qui, par la disparition de sa substance propre, le déplissement et l'énorme distension de ses calices, se trouve transformé en une cavité multiloculaire, remplie de pus. La membrane interne du bassinet est villeuse et épaissie; on remarque trois loges à-peu-près d'égale grandeur, séparées les unes des autres par une cloison. Chacune de ces loges est subdivisée et traversée par des brides qui y forment des anfractuosités plus ou moins profondes. Dans la troisième loge, celle qui correspond au bassinet, on découvre un fragment solide, irrégulièrement brisé, provenant d'un calcul de la grosseur d'une noisette, et présentant la structure suivante : l'extérieur est formé par une substance inorganique, stratifiée, qui enveloppe une autre partie molle et spongieuse. On trouve, dans la même loge, quatre autres petits calculs rhomboïdaux. L'uretère aboutit à cette poche. Un stylet introduit par le bout inférieur de ce conduit, ne peut pénétrer dans le bassinet. A son origine, l'uretère est oblitéré; disposition qui explique les résultats tout-à-fait négatifs fournis par l'inspection des urines; ses parois se confondent avec le tissu cellulo-graisseux de la scissure épaissi par l'inflammation. Il ne reste plus de trace des substances rénales.

Le foie adhère, en plusieurs points, aux parois de la tumeur rénale sans communiquer avec elle. A sa partie inférieure, vers l'extrémité droite de son bord libre, il est ramolli, à une assez grande distance, par le pus qui en infiltre le tissu. Dans le reste de son étendue, le foie est d'un brun grisâtre et a perdu sa consistance, comme s'il eût déjà subi une putréfaction assez avancée. La vésicule de fiel, qui n'est que très faiblement

unie au rein malade, renferme de la bile sans caractère particulier, et quatre calculs de cholestérine, chacun du volume d'un gros pois. Les fibres superficielles du muscle carré des lombes et du psoas, qui sont en rapport avec la paroi postérieure de la tumeur rénale, sont ramollies.

Le rein du côté gauche est considérablement hypertrophié; il a à-peu-près le double de son volume normal. L'hypertrophie porte surtout sur la substance corticale qui, dans l'intervalle des cônes, a jusqu'à 32 millimètres d'épaisseur. Il est un peu mou, mais sain d'ailleurs.

La vessie n'est pas malade; elle contient un peu d'urine très légèrement trouble.

Le tube digestif est sain dans toutes ses parties.

§ 691. L'observation suivante est remarquable à plusieurs égards. La coïncidence d'un *cancer de l'utérus et du vagin* et, dans les derniers temps, celle d'une fistule vésico-vaginale, avaient dû éloigner jusqu'à la pensée d'attaquer la tumeur rénale, soit par les caustiques, soit par l'instrument tranchant. Mais il est bon de remarquer que, dans ce cas, toute tentative de ce genre eût été inutile ou fâcheuse; car il s'était opéré dans la tumeur rénale un phénomène des plus extraordinaires: le rein s'était atrophié, la scissure et les espaces interlobulaires avaient été envahis par la graisse, et le bassinet et les calices (un seul excepté, qui était occupé par un calcul), s'étaient oblitérés complètement.

Obs. XV. — Tumeur fluctuante dans la région du rein droit; urines purulentes; distension et affaissement alternatifs de la tumeur; plus tard, diminution du volume de la tumeur.—Atrophie du rein droit et conversion en cordons fibreux du bassinet et des calices; développement considérable du tissu cellulaire graisseux extra-rénal (Atlas, Pl. lii, fig. 1).

Marie Charpentier, âgée de 60 ans, couturière, autrefois garde-malade, entra à l'hôpital de la Charité, le 6 octobre 1835, pour y être traitée d'une douleur qu'elle éprouvait depuis long-temps dans le flanc droit et le rein du même côté.

Cette femme a eu quatre enfans, et une fausse couche à l'âge de 26 ans. Elle a eu une légère attaque d'hémiplégie, il y a sept ans.

Il y a plus de six ans qu'elle a ressenti, pour la première fois, des douleurs rénales ; et depuis trois ans elle a souvent rendu des urines blanches ou laiteuses. Elle a déjà fait un premier séjour à l'hôpital, d'où elle est sortie soulagée ; mais depuis quelques jours elle a dû renoncer à ses occupations et reprendre le lit.

Elle n'a point de fièvre ; il n'y a ni vomissemens, ni diarrhée ; la digestion n'est pas dérangée. La malade accuse, dans le flanc droit, une douleur que la pression augmente. La main appliquée sur la région du rein droit, sent une grosse tumeur qui occupe tout le flanc, s'avance à deux travers de doigt de l'ombilic, et descend jusqu'à la crête iliaque. Après avoir fait coucher la malade sur les coudes et les genoux, on peut constater que la région du rein droit est saillante, arrondie, surtout en la comparant à celle du côté opposé ; l'intervalle compris entre les apophyses épineuses, lombaires, et la ligne extérieure du tronc, est plus considérable du côté droit que du côté gauche, d'où résulte une *espèce de renflement* du flanc droit. La main appliquée sur cette voussure est soutenue par une tumeur assez résistante, sans bosselure. Cette tumeur, qu'on limite facilement par la percussion, rend un son mat. Le cœcum est un peu refoulé en bas et en dedans, et le colon ascendant projeté au côté interne de la tumeur est assez près de l'ombilic. Cette portion du gros intestin s'infléchit probablement ensuite pour remonter à la partie supérieure de la tumeur, entre elle et le foie ; car, en percutant sur les fausses côtes, on obtient le son mat que rend le foie à la percussion. Du côté droit, les dernières côtes ne se rapprochent pas autant de la ligne médiane que celles du côté opposé. Pas de tumeur de la rate, ni du rein gauche. La vessie n'est pas distendue par l'urine ; explorée par la sonde, elle ne contient pas de calculs.

Depuis quelques jours, les urines, qui sont ordinairement *laiteuses* (expression de la malade), l'ont été moins, et elle croit sentir plus de tension dans le côté droit qu'à l'ordinaire. La tumeur est douloureuse dans tous les points, mais surtout à sa partie antérieure, à trois travers de doigt du nombril.

Le lieu occupé par la tumeur, l'absence des signes propres aux maladies du foie (il ne déborde pas les fausses côtes, et la percussion au-dessous du rebord costal donne le son clair du gros intestin rempli par des gaz), la coïncidence d'urines purulentes, tout nous fit penser que la tumeur était produite par la distension du rein droit.

Cette femme n'a jamais rendu de calculs ; cependant, tout porte à croire que les accidens proviennent de la présence d'une pierre dans le bassinet ou dans l'uretère.

Si l'écoulement des urines purulentes n'a pas été continu, cela peut tenir à ce que le calcul l'intercepte parfois, mais il se rétablit du moment où la masse du liquide est assez considérable pour opérer le déplacement de ce corps étranger.

Chaque jour la malade prenait un bain. Pour combattre la douleur ressentie vers l'ombilic, on fit, en outre, une application de quinze sangsues, et on prescrivit des cataplasmes émolliens.

Les urines, laissées en repos, présentaient un dépôt purulent, composé de flocons blancs assez mal liés. La partie qui surnage le dépôt est acide et jaunâtre comme l'urine ordinaire. Elle contient en dissolution un peu d'albumine, et elle est coagulable par la chaleur et l'acide nitrique. Le dépôt forme avec l'ammoniaque une masse glaireuse et filante ; un excès d'ammoniaque aidé par la chaleur en opère complètement la dissolution. Une partie du dépôt mise dans l'eau et chauffée se concrète tout-à-fait.

La malade n'a jamais souffert dans le rein gauche (*Bains, bi-carbonate de soude, gr.* XX, *émulsion; un quart d'alimens*). Vers le 16 octobre, augmentation de la douleur vers l'ombilic; un peu de fièvre, pas de nausées (*Cataplames*, *bains*); soulagement. Vers le 30 octobre, retour de la douleur (15 *sangsues qui donnent peu de sang*). Le 31 (*quarante sangsues*), soulagement complet qui s'est maintenu.

On a gardé la malade à l'hôpital, et la tumeur rénale s'est affaissée; mais les urines ont toujours conservé la même apparence purulente au moment de l'émission. Elles sont restées acides; leur quantité n'a pas offert de variations nota-

bles. La douleur n'a pas reparu depuis la dernière application de sangsues. La santé générale a peu souffert. Il y a un peu de dévoiement ; la malade mange la demi-portion et reste levée une grande partie du jour ; elle ne souffre pas en urinant et n'urine plus aussi souvent qu'autrefois ; elle se plaint seulement de sentir dans le flanc une pesanteur et une *faiblesse*. C'est ainsi qu'elle exprime la gêne que lui cause sa tumeur (1).

Cette malade sortit de l'hôpital, et elle y rentra quelques temps après. Indépendamment de la tumeur rénale, je constatai qu'elle avait un cancer de l'utérus et une altération du cerveau.

Cette femme fut admise de nouveau à la Charité, le 15 juillet 1836. Elle avait conservé assez d'embonpoint, bien qu'elle portât sur sa figure, pâle et jaune, les traces d'une affection chronique.

Comme lors de son premier séjour à l'hôpital, on rencontre, dans le flanc droit, une tumeur volumineuse qui descend jusqu'à la crête iliaque, tumeur qui élargit manifestement le côté droit et forme voussure. Cette tumeur, trop molle pour être confondue avec le foie, trop dure et surtout finissant trop haut pour qu'on la prenne pour un kyste de l'ovaire, est un peu fluctuante ; elle ne peut être attribuée à des scybales, ni à une affection organique du colon et des ganglions lymphatiques, puisque les digestions sont assez bonnes et qu'il n'y a aucun signe de rétention des matières fécales. Du reste, les signes fournis par l'examen des urines ôtent toute espèce de doute : ces urines, d'une couleur jaune sont acides et troubles ; elles contiennent une quantité notable de pus qui forme un sédiment de deux à quatre lignes d'épaisseur. Aucun signe de maladie à la vessie, pas de douleur dans la région rénale. Le toucher fait reconnaître une affection organique de l'utérus. Le doigt arrivé sur l'ouverture du col utérin, cherche en vain sa

(1) Il faut rapprocher de ce cas un autre extrait de la clinique de M. Chomel (*Tumeur de la région iliaque droite ; disparition subite et complète de cette tumeur ; présence simultanée du pus dans les urines. — Gazette médicale de Paris*, in-4, t. II, p. 347, 1831).

lèvre postérieure; elle a été détruite: la lèvre antérieure est inégale, et ses bords sont taillés à pic et d'une dureté anomale. Le col de l'utérus semble plus volumineux qu'à l'ordinaire; l'orifice du museau de tanche n'est ni largement ouvert, ni creusé profondément.

La sonorité de la poitrine est bonne, et la respiration est pure dans tous les points. Il n'y a point de fièvre. Le cœur régulier pour l'impulsion et le rhythme, ne fait point entendre de bruit anomal. A part un peu d'inappétence et de constipation, il n'y a point de dérangement des fonctions digestives.

Pendant six semaines que la malade resta à l'hôpital, les urines, à de légères modifications près, offrirent les mêmes caractères: urines purulentes, acides (une fois, on en constata l'acidité, même après huit jours d'exposition à l'air), donnant un dépôt compacte, dont la couleur ressemble à celle de la cire blanche. Parfois, au-dessous de cette couche, il en existe une autre d'une à deux lignes de hauteur, formée par des sels. Pendant quelques jours les urines parurent sanguinolentes; mais on constata l'existence simultanée d'une métrorrhagie. De plus, la malade se plaignit d'éprouver des accidens nerveux, étourdissemens, céphalalgie, vertiges, engourdissemens et tremblemens dans les extrémités supérieures et inférieures, avec nécessité de s'asseoir, mais sans embarras dans la parole. Ces accidens duraient cinq minutes environ, et se renouvelaient plusieurs fois par jour, sans cause connue.

Au bout de six semaines de séjour, Charpentier sortit de l'hôpital, le 5 septembre, à-peu-près dans le même état.

Cette femme entra une troisième fois à l'hôpital de la Charité, le 13 novembre 1838, dans l'état suivant: face pâle et jaunâtre, œdème considérable des extrémités inférieures et des parois abdominales. Le péritoine ne paraît pas contenir de sérosité, et le volume du ventre est dû non-seulement à l'œdème de ses parois, mais encore à la présence d'une tumeur fixée dans le flanc droit, qui est plus bombé que le flanc gauche. Lorsque la malade est assise sur son lit, on constate que la largeur de la région lombaire droite est plus considérable que celle de la région lombaire gauche.

La percussion exercée sur cette région donne un son mat que l'on perçoit aussi en devant jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic, et depuis le bord des fausses côtes, jusqu'aux environs de la crête iliaque.

Si l'on palpe avec soin le flanc, on y sent une tumeur arrondie, résistante, douloureuse à la pression et qui ne paraît pas faire suite au foie; car au niveau du bord inférieur de cet organe, caché sous les fausses côtes, la main perçoit une ligne de démarcation entre lui et le contour arrondi de la tumeur. Celle-ci est immobile, résistante, et la pression ne détermine pas de gargouillement. Entre son extrémité inférieure et la région sus-pubienne, la percussion donne un son tympanique comme dans tous les autres points de l'abdomen, occupés par l'intestin. Matité naturelle au niveau de la rate et au niveau du rein gauche, dont la pression n'est point douloureuse.

L'émission des urines est involontaire, et la malade n'en est avertie que par l'humidité des parties génitales et des cuisses; Charpentier mouille plusieurs alèzes dans la journée.

Lorsque, pour constater l'état des organes génitaux, j'écartai les grandes lèvres œdématiées, je donnai issue à un flot de liquide blanchâtre mêlé de grumeaux purulens et d'une odeur très fétide, tenant à-la-fois de l'odeur de l'urine et de celle des mucosités sécrétées par les ulcérations cancéreuses de la matrice; et, en effet, c'était un mélange d'urine et d'ichor cancéreux. Il fut impossible de reconnaître le col utérin; le doigt se perdait au milieu de végétations fongueuses, de saillies dures et squirrheuses. En explorant la face antérieure du vagin, on constata l'existence d'une large fistule vésico-vaginale.

La malade mange sans appétit, et digère difficilement; elle a deux selles liquides dans les vingt-quatre heures. La respiration est lente. Le pouls est petit et régulier. La faiblesse de la malade est telle qu'elle ne peut se lever sur son séant, sans le secours de l'infirmière.

Depuis deux mois l'œdème des extrémités inférieures existe, et la malade a été obligée de garder le lit. Pendant son séjour à l'hôpital, depuis le 13 novembre jusqu'au 30 du même mois,

jour de sa mort, les symptômes de cachexie ont fait des progrès rapides : les extrémités supérieures et la face ont été envahies par l'œdème, qui n'a pas cessé d'augmenter aux membres inférieurs, ainsi qu'aux parois abdominales et thoraciques. Le décubitus sur le côté droit ayant favorisé l'accumulation de la sérosité dans le flanc droit, et augmenté considérablement le volume de cette région, on aurait pu croire à l'accroissement de volume de la tumeur rénale; mais, en comprimant les parties œdématiées, on parvenait à sentir profondément la tumeur, qui paraissait toujours à-peu-près dans le même état. La malade fut traitée, sans espoir de succès, par les toniques. Un dévoiement colliquatif, survenu dans les derniers jours de la maladie et que les opiacés à haute dose ne purent calmer, fut le symptôme précurseur de la mort.

Autopsie du cadavre. — Habitude extérieure. Cadavre d'une femme bien conformée. La peau d'un jaune-paille, est distendue par une anasarque générale.

Abdomen. La cavité péritonéale ne contient que quelques onces d'une sérosité citrine. L'intestin grêle est refoulé en grande partie dans la moitié gauche de la cavité abdominale, et deux de ses circonvolutions adhèrent intimement à une masse solide qui paraît remplir la cavité du petit bassin; toutefois, ces adhérences n'ont déterminé aucun étranglement des autres portions de l'intestin. Le colon ascendant et le cœcum, refoulés du côté de la ligne blanche, adhèrent postérieurement à une tumeur qui remplit le flanc droit et présente un aspect des plus bizarres. Quelques ganglions indurés et deux kystes gros comme des noix, font saillie sur un premier plan, au-dessous d'une membrane blanchâtre celluleuse, opaque en quelques points, transparente en d'autres, et qui n'est autre chose que le péritoine. Au centre de ce plan, existe un relief hémisphérique, blanchâtre, élastique, que l'on prend tout d'abord pour la saillie du bassinet épaissi et distendu. Mais une incision profonde prouve qu'il n'y a là que du tissu graisseux, traversé en différens sens par des prolongemens cellulo-fibreux; d'autres incisions donnent le même résultat. Les deux kystes sont ouverts, et l'on voit sortir de

leur cavité un liquide transparent, tenant en suspension une infinité de paillettes molles, nacrées (cholestérine) qui donnent au liquide un reflet argentin. La forme de cette tumeur est celle d'un ovoïde; le volume en est égal à celui d'une tête de fœtus à terme. L'extrémité inférieure de l'uretère est oblitérée au niveau du détroit supérieur du petit bassin; elle ne peut être suivie plus bas, confondue qu'elle est avec la masse inextricable qui remplit le petit bassin. Au-dessus de cette oblitération, la cavité de l'uretère, dont le diamètre est doublé, est remplie par un liquide séro-purulent, et ses parois épaissies sont converties en un tissu blanc de contexture fibreuse. L'extrémité supérieure ou rénale de l'uretère, enveloppée par un prolongement de la tumeur graisseuse dans lequel elle s'enfonce, se termine en cul-de-sac par un petit godet infundibuliforme, où l'on ne découvre pas la plus petite ouverture. La section de l'uretère, continuée dans la direction présumée du bassinet, fait voir à sa place un cordon blanc fibreux, continu à l'uretère, et envoyant çà et là des prolongemens qui se perdent au milieu du tissu graisseux. On aperçoit, à la partie supérieure de la coupe, quelques lignes au-dessous de la surface de la tumeur, une bande irrégulière, d'une ligne d'épaisseur, qui rappelle l'aspect du parenchyme rénal. Entre ce tissu rénal et le tissu fibreux du bassinet, on voit des faisceaux fibreux, séparés par des pelotons graisseux, et un calice qui a dû sa conservation à la présence d'un calcul dans sa cavité. Ce calcul jaune-brun, à surface chagrinée, et formé de trois branches, avait son extrémité la plus longue dirigée vers le bassinet; les deux autres étaient logées dans un cul-de-sac biloculé, représentant sous de grandes dimensions l'évasement d'un calice.

Il résulte clairement de l'examen de toutes ces parties, que le tissu cellulaire graisseux qui, à l'état normal, existe en petite quantité entre le bassinet, les calices et le rein, a subi ici une hypertrophie considérable; que le parenchyme rénal est atrophié ou converti en tissu fibreux, comme le bassinet et l'extrémité de l'uretère, et qu'enfin le tissu cellulaire graisseux extra-rénal, hypertrophié, entre à-peu-près pour une bonne

moitié dans le volume total de la tumeur. Nous n'avons trouvé que quelques petits vaisseaux artériels et veineux en dehors du bassinet.

La capsule surrénale, droite, était adhérente au foie.

Le rein gauche, d'un volume normal, avait, à sa surface, une foule de petites dépressions. La substance corticale, d'une teinte grisâtre, présentait des plaques hypérémiées, très prononcées, surtout autour des dépressions. La substance tubuleuse était saine; le bassinet et l'uretère étaient sains.

La vessie, cachée derrière le pubis, adhérait de toutes parts à la masse qui remplissait le petit bassin. La vessie, dont la capacité était considérablement diminuée, communiquait avec le vagin par deux ouvertures; la postérieure, à contour irrégulier et parsemé de végétations fongueuses, était assez large pour permettre l'introduction du doigt indicateur. Les parois de la vessie, généralement épaissies, paraissaient, en ce point, converties en cancer. La membrane muqueuse, d'un gris ardoisé, présentait, en quelques points, des arborisations vasculaires très prononcées.

La cavité du vagin était sillonnée par d'énormes végétations, d'où l'on faisait suinter, par la pression, du pus mêlé d'une pulpe encéphaloïde.

La dégénérescence cancéreuse du col et du corps de la matrice était tellement avancée, qu'il était impossible d'en reconnaître la forme. L'utérus formait la majeure partie de la masse solide qui remplissait le petit bassin. Diverses incisions, pratiquées dans cette masse, mettaient à découvert des noyaux squirrheux ou encéphaloïdes, des kystes séreux ou purulens, et une grande quantité de graisse et de tissu fibreux. Au milieu de ces productions pathologiques, l'uretère gauche et le rectum avaient conservé leur calibre.

L'intestin, examiné dans toute son étendue, n'offrait extérieurement d'autres altérations que les adhérences dont nous avons parlé. A l'intérieur, la membrane muqueuse était ramollie dans presque tout le gros intestin. Le foie et la rate étaient sains. Il en était de même des organes contenus dans les cavités thoraciques et crâniennes.

§ 692. J'ai déjà publié quelques observations sur les rapports des maladies des reins avec celles de l'utérus et de ses annexes (§ 422); ces observations, les deux suivantes, et plusieurs autres que je pourrais citer, montrent que, si les maladies de l'utérus engendrent généralement les inflammations chroniques des bassinets et des reins, c'est par suite de l'obstacle qu'elles apportent au passage de l'urine, des uretères dans la vessie. Dans ce cas, les douleurs des reins sont souvent attribuées, à tort, exclusivement aux lésions utérines. L'inflammation du bassinet et des reins est le plus souvent indiquée par des urines muqueuses, légèrement acides ou alcalines : la persistance de la cause qui la détermine rend la guérison difficile et impossible lors même qu'on parvient à la reconnaître ou à la soupçonner pendant la vie.

Obs. XVI.— Cancer de l'utérus et des parois du vagin; cystite avec incontinence d'urine; inflammation chronique des bassinets et des reins.

Garu, âgée de 44 ans, dame de comptoir, entra à l'hôpital de la Charité le 27 mars 1836.

Constitution épuisée; symptômes d'une mort prochaine.

Cette femme avait eu cinq enfans en cinq couches heureuses; elle n'avait jamais eu de dartres, ni éprouvé d'accidens du côté des voies urinaires. Les premiers symptômes de sa maladie remontaient à six mois environ; elle avait eu une perte à cette époque, et depuis elle avait alternativement des hémorrhagies et des pertes blanches, fort abondantes. Depuis un mois, vomissemens opiniâtres qui ont résisté à toute espèce de traitement.

Le doigt, introduit dans le vagin, ne trouve plus les lèvres du col utérin; il pénètre directement dans une cavité à parois rugueuses et ramollies; odeur fétide dans le vagin; au niveau de l'orifice de l'urèthre on sent des duretés, et on y voit des ulcérations.

La malade, depuis trois ou quatre jours, urine peu; il est, du reste, impossible d'apprécier la quantité d'urine, car il y a incontinence. L'urine extraite de la vessie est alcaline et

chargée de mucus; elles ramène au bleu le papier de tournesol rougi par un acide; douleurs aux lombes.

Cette femme mourut le 31 mars 1836.

Autopsie du cadavre. — Le col de l'utérus est détruit; quant au corps, plus volumineux d'un tiers que dans l'état naturel, il représente une espèce de coque, à l'intérieur de laquelle est un détritus d'un brun sale. Incisé, il offre les caractères du cancer; il est dur et squirrheux dans son fond et à l'état de ramollissement dans la moitié voisine du col; toute la paroi vagino-vésicale et vagino-uréthrale est indurée; l'orifice de l'urèthre est cancéreux et au pourtour, on voit des ulcérations arrondies, molles, à fond grisâtre et jaunâtre. Les parois de la vessie sont épaissies et rouges; les uretères sont sains, mais la membrane interne des bassinets et des calices est rouge; les parois en sont épaissies. Les reins présentent de l'anémie avec de petites arborisations en étoiles.

Obs. XVII.— Cancer du rectum et de l'utérus; péritonite; cystite chronique; dilatation des deux uretères; néphrite double avec pyélite et dilatation du bassinet.

Lecointe (Marie-Madeleine), âgée de 67 ans, sans profession, demeurant rue de Grenelle, entra à l'hôpital de la Charité, le 22 novembre 1836.

Cette femme offrait les principaux traits de la cachexie cancéreuse; peau sèche, terne et terreuse; amaigrissement considérable; douleurs vives, habituelles dans l'abdomen, suivies de vomissemens, tantôt muqueux, tantôt verdâtres; dégoût absolu pour toute espèce de nourriture, le bouillon même ne pouvait être pris qu'avec une extrême répugnance; le plus souvent il était rejeté par le vomissement (*Eau de Seltz; bouillon froid, lait*).

Cette pauvre femme ne déclara point avoir eu des pertes, ni d'hémorrhagies utérines, et la fréquence des vomissemens, jointe à l'apparence cachectique, fit supposer l'existence d'un cancer de l'estomac.

Elle mourut le 9 décembre, après une agonie très douloureuse, précédée de cris et de gémissemens.

A l'ouverture du cadavre, on trouva un cancer du rectum et de l'utérus ; il n'y avait pas de perforation de la paroi recto-vaginale, mais toutes ces parties étaient unies entre elles par du tissu cellulaire cancéreux. L'utérus avait un tiers en plus de son volume ordinaire ; à part sa coque extérieure, qui était dure et squirrheuse, toute son épaisseur était ramollie et formait un putrilage infect. Dans le petit bassin, le tissu cellulaire était épaissi et enflammé. La masse cancéreuse comprimait les deux uretères ; ces deux tuyaux, extraordinairement dilatés et aussi volumineux que l'intestin grêle, étaient distendus par de l'urine ; cette rétention de l'urine avait déterminé une double pyélite.

Le rein gauche est plus volumineux qu'à l'état naturel ; sa face antérieure, d'une teinte brune verdâtre, offre de nombreux mamelons séparés par des dépressions ; le tiers inférieur de cette face est alternativement rouge et blanc ; la face postérieure, beaucoup plus injectée, est rouge presque partout. Le bassinet, très dilaté, pourrait loger un œuf de poule ; sa membrane interne, légèrement jaunâtre, est parsemée d'arborisations et de pétéchies. Les mamelons sont affaissés par suite de la rétention de l'urine ; plusieurs cônes de la substance tubuleuse sont décolorés et circonscrits à leurs bords par une ligne rouge très marquée ; d'autres, au contraire, sont très injectés. La substance corticale, profondément altérée, présente une augmentation notable de densité et un mélange irrégulier d'anémie et d'hypérémie.

Le rein droit, d'une teinte ardoisée, offre extérieurement une foule de dépressions ; le bassinet dilaté pourrait contenir un gros œuf de poule ; les mamelons sont tellement affaissés, que le rein paraît réduit à une coque de deux à trois lignes d'épaisseur, formée par la substance corticale, indurée, anémique ; les cônes sont remplacés par des loges remplies d'urine muqueuse.

La vessie, contractée, offre des traces évidentes de phlegmasie chronique : teinte ardoisée de la membrane muqueuse avec épaississement des parois. Liquide séreux et fausses membranes flottantes dans le petit bassin ; rate et foie sains en ap-

parence; estomac dilaté, criblé à l'intérieur de pétéchies arrondies ou triangulaires d'un rouge brun; orifice pylorique un peu rétréci, mais sans altération organique; quelques ganglions de l'abdomen squirrheux, d'autres hypertrophiés.

Le poumon, le cœur, le cerveau ne présentent aucune lésion.

§ 693. On voit quelquefois les malades éprouver dans la pyélite aiguë calculeuse une douleur vive et subite dans le *testicule* correspondant, et qui se propage soit dans la direction de l'uretère, soit dans celle du cordon spermatique du même côté. Cette douleur est presque toujours accompagnée de spasmes et d'envies de vomir. M. Reveillé-Parise a publié, sous le nom de *névralgie spermatique*, un exemple remarque de douleurs testiculaires, qui, après avoir résisté à une foule de remèdes, disparurent après la sortie spontanée d'un petit calcul urinaire (1). Je n'ai pas noté chez les femmes l'existence d'une semblable douleur dans l'ovaire, et, dans le petit nombre cas où j'ai observé de la douleur vers le détroit supérieur du bassin, il m'a été impossible de déterminer si elle avait son siège dans l'ovaire ou dans l'uretère.

Quelques auteurs disent avoir observé l'*atrophie du testicule* à la suite d'une pyélite calculeuse.

§ 694. *Rapports de la pyélite avec les maladies de l'appareil digestif.*

Les nausées et les *vomissemens* sont un des symptômes les plus frappans des coliques néphrétiques et de la pyélite calculeuse, aiguë.

Il est très ordinaire d'observer un dérangement des fonctions digestives, la perte ou la diminution de l'appétit, la constipation ou d'autres symptômes qui simulent la gastrite chronique. Dans la pyélite calculeuse, ces accidens doivent être distingués d'autres symptômes qu'on observe quelquefois dans l'ischurie goutteuse, sans qu'il y ait de corps étranger

(1) *Revue médicale*, 1836, t. II, p. 409.

dans les voies urinaires; je veux parler de ces douleurs néphrétiques avec suppression d'urine, dysurie et constipation des plus opiniâtres, qui cessent lorsque la goutte vient à se déclarer aux extrémités et surtout aux membres inférieurs.

§ 695. Toutes les fois qu'il existe une *incontinence d'urine*, ou bien encore toutes les fois que les malades ne peuvent prendre le soin de recevoir dans un vase leur urine, le médecin doit l'extraire de la vessie pour en faire l'examen; faute de cette simple précaution, l'état des voies urinaires peut être mal apprécié pendant la vie. Dans l'observation suivante, les *vomissemens* furent attribués à une affection des organes digestifs: bien qu'il y eût de la douleur dans l'hypogastre, comme il en existait en même temps à l'épigastre, nous ne soupçonnâmes pas l'existence d'une cystite purulente, et encore moins celle d'une pyélite calculeuse.

Obs. XVIII.— Symptômes gastro-intestinaux; vomissemens; diarrhée; incontinence d'urine; pyélite calculeuse non soupçonnée pendant la vie.

Douriot, cuisinière, âgée de 43 ans, fut apportée à l'hôpital de la Charité, le 3 juin 1838, pour y être traitée, disait-on, des suites d'une affection gastro-intestinale, avec complication d'accidens cérébraux, pour laquelle elle était déjà restée près de deux mois au lit.

Abandonnée à l'hôpital par les personnes qui l'y avaient amenée, incapable de rendre compte de sa maladie, cette malheureuse femme ne put donner de renseignemens suffisans sur son état antérieur.

Maigreur squelettique, décubitus dorsal, prostration, faiblesse extrême qui ne permet pas la progression, ni même la position assise sur le lit; la face est livide et exprime la stupeur; le regard est hébété; la langue humide et saburrale; la malade entend les questions qu'on lui adresse; mais elle répond lentement et toujours d'une manière plus ou moins incomplète; il lui arrive même quelquefois de se contredire.

Les battemens du cœur sont faibles et précipités.

La région épigastrique et la région hypogastrique sont les

seuls points de l'abdomen où la pression paraisse déterminer quelque douleur. De temps en temps, le matin surtout, la malade a des nausées, mais elle ne vomit pas. Les selles sont rares et les matières rendues sont consistantes. Les urines, excrétées involontairement, et, pour ainsi dire, goutte à goutte, ne sont point examinées. Soif peu vive. Un ou deux bouillons dans la journée.

Cet état a persisté pendant une quinzaine de jours (*Lavemens laxatifs; limonade vineuse*). Faiblesse progressive.

Lorsqu'on a voulu augmenter les alimens, il est survenu des vomissemens. Lorsque les vomissemens ont été calmés par la diminution des alimens et l'emploi de l'eau de Seltz, un dévoiement colliquatif s'est déclaré; bientôt la malade a perdu la faculté de s'exprimer autrement que par de faibles gémissemens. De très larges eschares se sont formées au niveau du sacrum et des trochanters. Le travail d'élimination a donné lieu à une suppuration abondante. L'agonie a été lente et a duré cinq jours.

La malade s'est éteinte le 9 juillet.

Autopsie du cadavre. — *Le cerveau* et ses membranes sont anémiques. La substance cérébrale, d'une mollesse remarquable, ne présente d'ailleurs aucune autre altération.

Les viscères *thoraciques* sont très pâles; les vaisseaux ne contiennent que très peu de sang liquide; il n'y a pas de caillots dans les cavités du cœur.

Abdomen. L'estomac est contracté au point que la cavité en est réduite à la capacité du duodénum. La membrane muqueuse, hérissée de plis que séparent de profondes anfractuosités, est vivement injectée. On ne trouve aucune lésion dans l'intestin; la rougeur de la valvule iléo-cœcale contraste avec la pâleur des portions contiguës du gros et du petit intestin.

Le foie et la rate participent à l'anémie générale.

Le rein droit, au moins une fois plus gros qu'à l'état normal, pèse sept onces. Il est d'un rouge brun et fortement congestionné. Le bassinet et les calices, dilatés, forment une cavité qui contiendrait aisément un petit œuf de poule.

Le rein gauche, atrophié, très aplati d'avant en arrière, et flas-

que comme une poche vide, est au moins d'un tiers plus petit qu'à l'état normal. Il est converti en une véritable poche, dont les parois, épaisses de trois lignes, sont formées par les substances corticale et tubuleuse atrophiées, et dont la cavité, constituée par le bassinet et les calices, est une fois plus grande que celle du rein droit. La surface interne de cette poche, très injectée, est encroûtée d'une poussière jaune, qu'on détache facilement. On voit, entre les faisceaux des tubulures, quelques stries salines de même aspect et probablement de même nature. Enfin, on découvre, à l'orifice d'un des calices, une petite pierre, grosse comme une lentille, jaune comme les grains dont je viens de parler, et formée d'acide urique. Les uretères, dont la membrane interne est injectée, ont leur volume naturel, et ne contiennent point de calculs. Il a fallu suivre ces conduits excréteurs, pour trouver la vessie; car elle était si petite et si bien collée derrière le pubis, qu'au premier abord, on aurait pu croire qu'elle n'existait pas. Elle est contractée au point d'égaler tout au plus le volume d'un œuf de pigeon. Sa membrane muqueuse a tout-à-fait l'aspect de la membrane pyogénique d'un abcès. La vessie est remplie d'un pus jaune, bien lié, et que l'on pourrait croire sans mélange d'urine.

L'urèthre est rouge, ainsi que toute la membrane muqueuse du vagin. Le col utérin offre six ulcérations lenticulaires, superficielles.

Obs. XIX.—Pyélite calculeuse du rein gauche; pus dans le bassinet, atrophie du rein gauche; hypertrophie du rein droit; diarrhée chronique.

Chartrude, âgée de 52 ans, journalière, née à Vimeux (département de la Somme), entra à l'hôpital de la Charité, le 13 septembre 1836.

Cette femme, dont le teint était d'un jaune-paille, présentait tous les signes des états cachectiques. Elle avait la *diarrhée* depuis long-temps. Comme elle n'urinait qu'en allant à la garde-robe, on ne put examiner les urines. Une mort prochaine paraissait inévitable, et cette femme succomba le 19 du même mois. L'ouverture du corps fut faite avec peu de soin;

on me remit seulement les reins; celui du côté gauche était atrophié et ne pesait que deux onces. Le bassinet et les calices dilatés contenaient un pus verdâtre très épais, et un calcul était engagé dans le goulot du bassinet. Les mamelons des pyramides de la substance médullaire étaient affaissés; la substance corticale était atrophiée.

Le rein droit, hypertrophié, pesait cinq onces et demie et n'offrait point de traces d'inflammation.

§ 696. J'ai déjà dit à quels signes on pouvait généralement distinguer les tumeurs formées dans la région lombaire par le pus accumulé dans les calices et le bassinet dilatés, des *tumeurs hépatiques* (§ 651). Le diagnostic de ces tumeurs offre cependant de telles difficultés dans certaines circonstances, que des médecins et des chirurgiens du plus grand mérite se sont mépris sur le siège et la nature de semblables tumeurs. Billebault (1) rapporte que Winslow, Morand père et plusieurs autres médecins et chirurgiens avaient été unanimes pour déclarer qu'une femme dont il rapporte l'histoire, était atteinte d'un abcès du foie. Cette femme étant venue à succomber un an après, Billebault fit l'ouverture du corps, et il reconnut que le foie était parfaitement sain et que la tumeur était constituée par le rein transformé en une espèce de kyste rempli de pus, et qui contenait des calculs de couleur ardoisée.

§ 697. M. Lebkuchner (2) rapporte avoir ouvert le corps d'un jeune homme mort d'ictère, à la suite d'une hépatite devenue chronique. Pendant les derniers jours de son existence, ce malade se plaignait de violentes coliques, dont l'intensité augmentait encore pendant l'émission d'une urine rare, trouble et d'un rouge foncé. Les deux reins étaient transformés en des sacs membraneux parsemés de vaisseaux variqueux et sans nulle trace de substance rénale. Ces sacs contenaient beaucoup de pierres enveloppées de caillots de sang et dont les plus grosses bouchaient les uretères; outre plusieurs calculs du volume

(1) *Description d'un abcès au rein droit, méconnu pendant le traitement* (Journal de Médecine de Roux, in-12, 1762, tom. XVII, p. 247).

(2) *Würtemb. medicin. Correspondenzblatt*, 1834, n. 7.

d'un haricot ou d'un pois, chaque rein en renfermait un d'un pouce de diamètre; toutes ces concrétions étaient blanchâtres, poreuses, grenues et très friables. Le malade n'avait jamais souffert auparavant des voies urinaires.

Indépendamment de plusieurs observations déjà citées (§ 440) et qui prouvent la possibilité de la coïncidence d'abcès du foie, avec une collection purulente dans le rein droit, je rappellerai ici le cas, cité par Lieutaud (1), d'une femme sujette à des douleurs néphrétiques et qui, ayant été saisie presque tout-à-coup de fièvre et d'une douleur dans l'hypochondre droit, mourut le huitième jour. Le foie contenait une grande quantité de pus; le rein droit, presque entièrement détruit, réduit à sa seule membrane, renfermait 60 calculs.

L'observation suivante est un nouveau cas à ajouter aux exemples de *tumeurs rénales*, prises pour des maladies du foie (§ 651, et Obs. XIV).

Obs. XX.— Pyélite chronique; tumeur du rein droit prise pour une tumeur du foie; expectation; mort.

Ch. D. demeurant rue Saint-Dominique, au Gros-Caillou, âgé de cinquante-neuf ans, marié, père de quatre enfans, a été commis voyageur pendant dix-neuf ans.

En 1829, il éprouva des douleurs vives sous les fausses côtes du côté droit, avec fièvre (*Vingt sangsues; cataplasmes; grand vésicatoire*).

Dans le mois de mars 1835, on reconnut dans le flanc droit une tumeur qui fut regardée comme dépendante du foie. M. D. éprouvait souvent des nausées, des envies de vomir, et, lorsque les douleurs étaient plus vives, il rendait du sang avec l'urine. Quelquefois tiraillemens dans la cuisse droite. La tumeur est à-peu-près indolente, mais, si on la presse avec le doigt, on provoque des douleurs. Cette tumeur volumineuse s'étend, dans le flanc droit, de la partie inférieure du foie à la crête iliaque, et en dedans jusqu'auprès de l'ombilic. A la percussion elle rend un son mat; la matité est complète entre le bord libre des

(1) Lieutaud, *Anat. practica*, lib. I, ob. DCCXXV.

côtes et la tumeur. Un sentiment de fluctuation est très distinct dans la tumeur. En arrière, le flanc est un peu bombé et comparativement plus saillant que le flanc gauche. En plaçant une main derrière le flanc et une autre sur la partie antérieure de la tumeur, on en aperçoit assez exactement l'étendue. Le malade a peu de fièvre, mais l'appétit est presque nul, et les digestions sont très lentes, et parfois accompagnées de nausées. Je proposai inutilement au malade de donner issue au liquide que renfermait la tumeur du flanc, et il mourut le vingt janvier 1836, après avoir éprouvé pendant quelques jours des vomissemens. Le cadavre n'a pas été ouvert.

§ 698. Bonet (1) raconte assez plaisamment un cas qui prouve que le diagnostic des maladies des reins et des maladies de la *rate* est quelquefois obscur. Un médecin, qu'il désigne sous le nom de Titius, voit le patient, pense que la *rate* est le siège et la cause du mal, et prescrit un traitement en rapport avec cette opinion. Ce médecin tombe malade, et un autre médecin, que Bonet nomme Sempronius, est appelé à continuer la cure; celui-ci, se fondant principalement sur les vomissemens et sur l'existence d'un dépôt dans l'urine, pense que ce n'est pas la rate qui est malade, mais bien le *rein gauche,* et qu'un calcul obstrue le commencement de l'uretère; et il prescrit des diurétiques, les lithontriptiques, les demi-bains et tout ce qui lui paraît propre à faire cesser l'obstruction des voies urinaires; mais ces remèdes n'apportent aucun soulagement au malade, et son état semble empirer de plus en plus. Enfin, Titius, dont la santé s'était rétablie, est rappelé; son traitement est repris avec un avantage momentané, et cependant le malade meurt. Les deux médecins, convaincus l'un et l'autre qu'ils avaient raison, demandent instamment l'ouverture du corps, qui leur est accordée. Le chirurgien qui fit l'autopsie enleva adroitement la rate en disant qu'il tenait le rein; or, ce viscère était intérieurement dans un état de putrilage. A cette vue, Sempronius heureux d'avoir frappé si juste, se vante que peu de médecins le surpassent dans le diagnostic des maladies obscures; qu'il voit les parties

(1) Bonet. *Sepulcretum*, t. II, p. 120, lib. III, sect. VIII, obs. LXXI.

malades comme si le corps était transparent, etc. Le chirurgien, pendant ces entrefaites avait peine à garder son sérieux, et enfin il ne put s'empêcher d'éclater de rire en disant que c'était décidément la rate et non le rein qu'il avait dans la main. Le rein gauche fut trouvé parfaitement sain; et Sempronius, après avoir fait de vains efforts pour trouver dans d'autres organes des lésions capables de rendre compte des symptômes observés pendant la vie, fut enfin obligé de convenir de son erreur.

Un autre cas, cité également par Bonet (1), fut aussi un objet de discussion parmi plusieurs médecins, l'un accusant le foie, l'autre la rate, et le troisième les reins d'être le siège du mal. A l'ouverture du corps, on trouva le rein gauche consumé et rempli de pus; le rein droit était atrophié.

En de tels cas, il ne faut pas oublier que la rate et le rein gauche (2) peuvent être, l'un et l'autre, en même temps affectés (§ 443).

§ 699. Mais le fait principal que je me propose de noter ici, c'est la fréquence de la *péritonite* à la suite de la pyélite calculeuse.

Cette inflammation du péritoine peut survenir, soit à la suite d'une perforation de la poche rénale, soit comme conséquence d'une distension ou d'une contusion de cette même poche, ou de toute autre cause qui provoque une nouvelle inflammation autour de la tumeur ou dans son intérieur.

Ces péritonites, distinctes par leurs causes, ne le sont pas moins par leur inégale gravité.

(1) Bonet. *Sepulcretum*. tom. II, p. 208, de Paw.

(2) Bartholin. *Cent.* I. *hist.* 80. — Doering (M.) rapporte un cas de suppuration du rein gauche, coïncidant avec un développement considérable de la rate (Bonet. *Sepulc.*, lib. III, sect. 16, obs. II, de hypochondriorum tumore). Bonet, *ibid.* pag. 572, cite un cas d'urines sanguinolentes, avec douleurs rénales, et dans lequel on trouva la rate très volumineuse et squirrheuse. L'auteur de l'observation paraît supposer que la rate tuméfiée peut produire une hématurie, en comprimant le rein. Ce cas doit être très rare, à en juger par le grand nombre d'intumescences de la rate que j'ai observées, sans hématurie *consécutive*.

Obs. XXI.— Pyélite calculeuse; tumeur volumineuse dans le flanc droit, prise pour une affection du foie; expectation; perforation de la tumeur dans la cavité du péritoine; mort.

M. Piorry me fit appeler auprès de Madame ***, âgée de 37 ans, demeurant rue du Marché Saint-Honoré, dans les premiers jours du mois de juin 1836. Cette dame, à laquelle il donnait ordinairement des soins, portait, dans le flanc droit, une tumeur fluctuante, bosselée, en apparence du volume de la tête d'un enfant. Cette tumeur s'enfonçait supérieurement au-dessous du bord libre du foie, qu'on sentait distinctement, et s'étendait inférieurement jusque dans la fosse iliaque droite. Par la percussion, la tumeur rendait un son mat, en arrière, latéralement et en avant; mais, au-dessous du bord libre du foie et vers la moitié interne de l'extrémité supérieure de la tumeur, la percussion donnait un son clair, intestinal. En promenant le plessimètre en haut et en dehors, le son rendu par la percussion était mat. Au-dessus de l'arcade crurale et dans les deux tiers inférieurs de la fosse iliaque, on obtenait, par la percussion, un son intestinal. Lorsque la malade se couchait sur le côté gauche, la tumeur devenait plus saillante et semblait se rapprocher de la colonne vertébrale. Lorsqu'on percutait sur le doigt appliqué successivement en différens points de la surface de la tumeur, on n'éprouvait point la sensation de frémissement que donnent souvent les tumeurs hydatiques. La tumeur était douloureuse à la pression; quelques autres points de l'abdomen, et notamment la région de la vessie, étaient un peu sensibles. Du reste, l'examen le plus attentif ne put nous faire découvrir d'autres lésions dans l'abdomen. La cuisse droite était habituellement engourdie, très probablement par suite de la compression que la tumeur exerçait sur les nerfs lombaires et cruraux. L'urine, rendue fréquemment et en petite quantité, contenait du pus.

La forme, la situation, le volume et la consistance de la tumeur, l'élargissement de la région lombaire, le mélange du pus à l'urine, le fait d'une hématurie qui avait eu lieu plusieurs années auparavant, les douleurs qui, à plusieurs reprises, s'étaient développées dans la tumeur, toutes ces circonstances

nous firent penser, à M. Piorry et à moi, que la tumeur était formée par le *rein droit*, *distendu par du pus*, et que la suppuration du bassinet et des calices était très probablement produite et entretenue par la présence d'un calcul; diagnostic que les recherches anatomiques faites après la mort ont confirmé.

Cette dame était accouchée, sept ans auparavant, d'un enfant malsain. Les couches furent laborieuses, suivies d'hémorrhagies et de douleurs dans les lombes, et, six mois après, Madame *** n'était pas encore entièrement rétablie. Elle devint sujette aux pertes blanches, ne pouvait marcher qu'avec peine, et un chirurgien, attribuant ces douleurs à un abaissement de l'utérus, appliqua un pessaire. Cependant Madame *** continuait d'être languissante.

Il y a cinq ans, dans un voyage qu'elle fit à Londres, elle fut prise de douleurs très vives dans la région lombaire, au côté gauche, de vomissemens continuels, accompagnés d'une grande anxiété. Elle ne se rappelle pas avoir rendu de graviers dans cette crise, ni dans aucune autre. On se borna à appliquer des cataplasmes émolliens sur le côté. Un an après, Madame *** éprouva une nouvelle crise de douleurs dans le même côté, crise qui fut également accompagnée de vomissemens, et à la suite de laquelle elle resta onze mois souffrante. Depuis les trois dernières années, elle était obligée de s'aliter au moins deux fois par semaine, à cause de sa douleur de côté, qui augmentait par la marche au point que Madame*** était obligée de s'arrêter ou de monter en voiture, après une course d'une demi-heure. Dans les derniers mois de l'année 1835, elle éprouva une troisième crise analogue aux précédentes, avec douleur au côté droit et vomissemens. Enfin, une quatrième et dernière crise s'est déclarée vers le 1er avril 1836. Un médecin que Madame *** consulta, la crut atteinte d'une maladie du foie, lui fit prendre les eaux de Vichy et des tisanes adoucissantes. M. Piorry, appelé vers le 16 avril, prescrivit des bains, des cataplasmes émolliens et des sangsues *loco dolenti*. La malade s'était affaiblie depuis la fin de l'année précédente; sa peau avait pris un teinte d'un gris jaunâtre; cependant les principales fonctions paraissaient assez régulières, et l'appétit s'était conservé jusque dans ces der-

niers temps, quoiqu'il fût survenu dans les quinze derniers jours qui ont précédé sa mort, un dévoiement considérable (quinze à vingt selles par jour).

Nous convînmes, M. Piorry et moi, de pratiquer la néphrotomie. Nous prîmes jour avec M. Velpeau; malheureusement, la malade succomba la veille, le 16 juin 1836, à une perforation de la tumeur rénale dans la cavité du péritoine. La tumeur s'affaissa, des vomissemens et d'autres symptômes d'une péritonite sur-aiguë se déclarèrent; le pouls devint petit, déprimé et très fréquent. M. Piorry constata, par la percussion, l'existence d'un certaine quantité de liquide dans l'hypogastre, où il n'en existait pas quelques heures auparavant.

Le lendemain, M. Piorry et moi, nous procédâmes à l'ouverture du cadavre. — *Abdomen*. Il existait au moins deux verres de pus dans la partie hypogastrique du péritoine; la tumeur rénale occupait tout le flanc droit; le cœcum était refoulé du côté du détroit supérieur du bassin; le colon ascendant, refoulé également vers la colonne vertébrale, s'élevait obliquement le long du bord interne de la tumeur, jusque vers l'épigastre; de sorte que l'angle formé par le colon ascendant et par le colon transverse se trouvait correspondre à la ligne médiane, au lieu d'être placé, ainsi que cela a lieu ordinairement, un peu en dehors de la vésicule du fiel. L'intestin grêle, refoulé du côté gauche, était circonscrit en haut et sur les côtés par le colon.

La tumeur adhérait, par son extrémité supérieure, avec le bord et la face inférieure du foie et avec la partie pylorique de l'estomac; inférieurement elle s'étendait à la moitié supérieure de la fosse iliaque droite, qu'elle occupait entièrement. Sa face antérieure était recouverte par le péritoine. En bas et en dehors, à la hauteur de la crête de l'os des îles, vers le point où le péritoine se repliait des parois du bas-ventre sur la tumeur, il existait une ouverture de deux lignes environ de diamètre, à travers laquelle une certaine quantité de pus s'était écoulée dans la cavité du péritoine. Lorsqu'on comprimait même légèrement la tumeur, on voyait le pus sortir par cette ouverture qui communiquait avec l'intérieur de la tumeur.

Dans le but d'isoler la tumeur des parties environnantes, après avoir décolé le péritoine, vers la partie inférieure de la fosse iliaque, et après avoir détaché du muscle iliaque la tumeur, nous cherchâmes, mais en vain, à la séparer du muscle carré des lombes. Non-seulement il y avait, entre la partie postérieure de la tumeur et les parties sous-jacentes, des adhérences très intimes, mais le doigt dont je me servais pour opérer le décollement, pénétrait quelquefois dans de petites poches purulentes, et il était ensuite arrêté par de fortes brides, comme fibro-cartilagineuses. Ces circonstances me firent croire d'abord que j'avais pénétré dans la cavité du bassinet et des calices, mais cela n'était pas. Lorsque j'eus achevé le décollement de la tumeur, et après l'avoir incisée de la grande courbure du rein vers la scissure, nous vîmes bien distinctement que ces poches purulentes et les brides s'étaient formées, les unes au-dessous de la membrane fibreuse du rein, les autres dans le tissu cellulaire extérieur, fortement induré, et qu'elles communiquaient avec la cavité du bassinet et des calices par quatre ouvertures fistuleuses.

J'insiste sur ces détails, parce que, si cette femme n'eût point succombé la veille de l'opération, et que la néphrotomie eût été pratiquée, on aurait pu croire, après avoir incisé la peau et les muscles de la région lombaire, en voyant jaillir le pus, être déjà parvenu dans la cavité du rein et se livrer ensuite à des recherches longues, pénibles et infructueuses, pour découvrir le calcul que nous trouvâmes dans le bassinet, après avoir pratiqué la section du rein.

Une circonstance cependant aurait pu faire soupçonner qu'on n'était point encore parvenu dans la cavité même du rein ; je veux parler de la fluctuation qu'on sentait au fond de l'incision et de l'espèce de ballottement qu'on aurait pu faire exécuter à la tumeur.

Les membranes fibreuse et celluleuse du rein étaient épaissies ; les mamelons et les cônes, affaissés, étaient transformés en des espèces de poches, pleines de pus, qui communiquaient par une ouverture d'une à deux lignes de diamètre avec la cavité du bassinet. Celui-ci était distendu par le pus ; un calcul

engagé dans l'espèce d'entonnoir qui précède l'origine de l'uretère, fermait presque complètement toute communication entre le bassinet et l'uretère, qui était libre dans tout le reste de son étendue.

Le rein et l'uretère du côté opposé étaient sains. La vessie était saine, et la membrane muqueuse était plutôt pâle que rouge. La matrice et ses dépendances étaient dans l'état sain. Aucune altération remarquable dans l'estomac et l'intestin; seulement les follicules du gros intestin étaient plus développés et plus apparens que d'ordinaire. Le foie, la rate et le pancréas étaient sains. Le péritoine et les épiploons étaient injectés et couverts de lymphe plastique en plusieurs points. Les deux poumons étaient engoués par de l'écume bronchique; le cœur, le péricarde et les plèvres étaient sains.

La tête ne fût point ouverte; la malade avait conservé sa connaissance jusque dans les derniers momens de la vie.

§ 700. Si, dans le cas précédent, l'expectation a eu l'inconvénient d'entraîner l'inflammation et la perforation de la tumeur rénale, et par suite une péritonite mortelle, les mêmes accidens peuvent quelquefois être produits par la *cautérisation*, employée à l'effet de pénétrer dans l'intérieur de la tumeur. Du moins ai-je pensé que le développement de la péritonite dans le cas suivant avait été déterminé par les cautérisations successives que j'avais cru devoir pratiquer.

Obs. XXII.— Tumeur formée par le rein droit; calcul rénal; cautérisation; péritonite; mort.

Louise Frèze, âgée de 42 ans, couturière, a été réglée à sa 13e année; elle a cessé de l'être à la fin de 1834; à l'âge de 15 ans, elle a fait une maladie grave, causée par la mort de son père; à 17 ans, elle a eu la variole.

Sa santé fut bonne jusqu'à l'âge de 32 ans. Dès cette époque, ses urines laissaient déposer une matière blanche. De temps en temps elle éprouvait, vers le nombril et un peu à droite, des douleurs passagères, mais vives, qu'elle compare à des élancemens. Il y a sept ans, elle ressentit, pour la première fois, une douleur dans la région des reins, et elle eut des vomissemens pen-

dant trois jours. Depuis lors, et surtout dans les cinq dernières années, elle a eu dans l'hypochondre droit, à plusieurs reprises, la sensation d'une boule.

A partir du 1er novembre 1834, époque à laquelle la malade a cessé d'être réglée, elle a éprouvé des douleurs dans l'hypochondre droit, notamment dans la région du rein, et les urines ont été constamment blanches et troubles, ou semblables à de l'eau de savon un peu sale. Depuis le commencement du mois de mars, elle sent dans l'hypochondre droit une grosseur qui a peu-à-peu augmenté de volume, et l'urine a été chargée de pus.

Le 8 avril 1835, elle se décida à entrer à la Charité; elle était dans l'état suivant : Gêne et quelquefois douleur dans le côté droit du ventre, où on sent avec la main une tumeur qui remplit tout le flanc; quand la malade est couchée sur le dos, la partie droite de la paroi antérieure du ventre paraît soulevée et arrondie. Le flanc présente également de la convexité, la malade étant appuyée sur les coudes et sur les genoux. Du côté gauche, en dehors des muscles sacro-lombaires et long dorsal, etc., la paroi abdominale se déprime; au contraire, du côté droit, elle est soulevée et arrondie de manière à ce que tout le flanc droit présente une convexité postérieure. Au toucher, on sent que cette tumeur arrondie descend jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'épine antérieure et supérieure de l'os des iles, et en dedans qu'elle s'avance jusqu'à trois travers de doigt en dehors de l'ombilic; en haut on ne peut pas en sentir les limites, soit qu'elle s'engage sous les fausses côtes, ou qu'elle soit immédiatement unie avec le foie.

Le côté gauche du ventre ne présente rien de semblable, et rend à la percussion un son naturel; le côté droit, percuté, à partir de la ligne blanche, rend un son intestinal jusqu'à trois travers de doigt de la limite extérieure du flanc; la percussion donne aussi un son intestinal dans la région iliaque; la matité commence à deux travers de doigt au-dessus de l'épine antérieure, et se continue sur toute la tumeur. Cette poche est limitée en bas et en dedans par une ligne courbe, à convexité inférieure, qui s'étendrait de deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque jusqu'à trois travers de doigt de l'ombilic en haut; on

ne peut pas distinguer le foie d'avec la tumeur, et la matité se continue jusqu'au-dessous de la quatrième côte. On sent distinctement de la fluctuation dans la tumeur.

Toutes ces explorations se font sans douleur. Les urines sont chargées d'une assez grande quantité de pus jaunâtre; l'excrétion de l'urine n'est ni plus fréquente, ni plus douloureuse que dans l'état naturel. La respiration est naturelle.

Le pouls n'est pas fébrile; la malade ne ressent de douleur dans la tumeur que de temps à autre. Depuis un mois, elle a de la diarrhée et des coliques; elle rend des matières glaireuses. L'appétit s'est conservé; la malade a maigri. Le 10 avril, la tumeur est plus douloureuse, surtout vers sa partie antérieure (*Quinze sangsues; cataplasmes*). Soulagement. Le 13, tension plus considérable dans la tumeur, douleur limitée à la partie antérieure sous le rebord des fausses côtes. Le 15, la tension est encore considérable. Le 16, elle a diminué; la malade dit avoir rendu beaucoup plus d'urines purulentes que les jours précédens. Elle n'a pas pris de bains; elle croit avoir remarqué qu'après chaque bain la tumeur augmentait de volume. Le 17, la douleur, qui a disparu en avant, semble contourner le rein en arrière (*Vingt-cinq sangsues sur la région du rein droit*). Le 20, l'urine a été abondante; la tumeur paraît moins rapprochée de l'ombilic, et elle semble s'être éloignée de la crête iliaque. C'est la deuxième fois que la tumeur a diminué de volume après des urines abondantes. La malade n'a plus de diarrhée; elle souffre moins de sa tumeur depuis les applications de sangsues. Le pus s'accumule pendant quelques jours; la tumeur devient plus tendue, et la tension ne cesse que quand les urines et le pus s'écoulent en plus grande quantité.

Cette distension du rein, accompagnée de douleurs vives avec fièvre, se reproduisait fréquemment; la santé générale de la malade s'altérait chaque jour. Je pensai à donner issue à la matière purulente contenue dans la tumeur.

Le 22 avril, après avoir appliqué un morceau de sparadrap de diachylon gommé, présentant une fenêtre de huit lignes de haut sur une et demie de large, à la partie postérieure de la tumeur, en dehors du muscle carré des lombes, entre la dernière

côte et la crête de l'os iliaque, on y mit une traînée de potasse caustique, de manière à faire une eschare allongée de haut en bas, à cinq travers de doigt en dehors des apophyses épineuses et à deux travers de doigt au-dessus de la crête iliaque. Le 23, l'eschare est formée. Le 24, la malade se plaint de coliques avec diarrhée. Le 25, douze garderobes (*douze sangsues à l'anus*). Douleur dans la portion gauche du ventre. Le 27, la diarrhée et les coliques ont cessé. Le 29, on fend l'eschare dans toute sa longueur; dans le fond de la plaie on place quelques grains de potasse caustique. Le 5 mai, on fend l'eschare; troisième application de potasse; le 6, quatrième application; le 7, cinquième application. Le 8, la malade a beaucoup souffert (*cataplasme sur le côté*). Le 9, douleur en avant de la tumeur à cinq travers de doigt en dehors de la ligne blanche et sous les fausses côtes. Le doigt appliqué sur la paroi abdominale donne le sentiment d'un frottement avec crépitation.

La tumeur est très tendue; six sangsues sur le point douloureux; sixième application de caustique, sur les muscles mis à nu. Le 12 mai, la tension est toujours considérable, les douleurs très vives pendant toute la journée; les urines, plus chargées de pus, deviennent assez abondantes : septième application de caustique. Le 14, la malade accuse toujours de la douleur dans le côté droit, surtout en avant *(huit sangsues sur le point douloureux)* : huitième application de caustique. En fendant l'eschare, il s'écoule beaucoup de sang.

Le 15, caillots au fond de la plaie; les bords en sont tuméfiés. La malade a ressenti hier des frissons pendant trois quarts d'heure, ensuite elle a eu de la fièvre. Cependant les douleurs abdominales sont moindres.

Le 17, neuvième application d'une petite quantité de potasse. La première eschare qui a été fendue commence à se détacher des lèvres de la plaie. La malade éprouve, presque aussitôt après l'application du caustique, une douleur très violente dans la région du rein droit, avec refroidissement dans la cuisse droite. Dans la nuit, elle a eu un mouvement fébrile.

Les 18 et 19, frissons vagues sans que le ventre soit très douloureux; pouls fort et fréquent. Le 20, depuis hier à onze heu-

res du soir, douleurs très violentes dans le ventre; frissons toute la nuit; puis, chaleur; nausées que la malade attribue à la mauvaise odeur du pus qui s'écoule de la plaie du dos. Elle accuse, en outre, des douleurs comme *des points de côté*. Les bords de la plaie sont affaissés (elle n'a que sept lignes de profondeur). En mettant un doigt dans le fond de la plaie et en cherchant à constater la fluctuation dans la tumeur, on ne la sent pas très distinctement : dixième application de deux grains de potasse vers l'angle inférieur de la plaie. Le 21 mai, la malade est très agitée; elle se plaint continuellement; elle n'a pas dormi; elle a toujours de la fièvre. La nuit, elle a eu des frissons; la tumeur est visiblement affaissée; les linges des pansemens sont salis par du pus noirâtre qui s'est écoulé de la plaie dont les eschares se détachent. Beaucoup de gaz dans les intestins. La tumeur paraît se prolonger moins en bas. Les urines n'ont pas été plus abondantes, ce qui porterait à penser que la tumeur a pu s'ouvrir dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La difficulté de respirer est extrême; tous les mouvemens du tronc sont douloureux; la dilatation de la poitrine surtout arrache des cris à la malade (*saignée*).

Le 22, douleur et fièvre toute la nuit, anxiété; la saignée n'a pas procuré de soulagement. Le pouls est régulier, rapide, 120 pulsations par minute; la respiration difficile (*13 sangsues sur le ventre*). Les douleurs sont plus fortes si la malade parle ou si elle respire largement.

Le 23, les bords de la plaie ne sont plus tuméfiés, les linges ne sont plus mouillés par le pus; soif excessive. Les douleurs sont toujours les mêmes; matité au bas de la poitrine, respiration courte; la malade n'ose dilater la poitrine (124 pulsations par minute); le soir, pouls très petit, peau froide. Depuis deux jours la quantité des urines n'a ni diminué ni augmenté, et la tumeur n'a pas repris son volume ordinaire. Le côté droit est toujours bombé en dehors et en arrière.

Mort, le 23 mai, à huit heures du soir.

Autopsie du cadavre. — Etat extérieur. Maigreur; ventre ballonné. — *Tête.* Le cerveau et le cervelet ne présentent pas

d'altération. — *Poitrine*. Les deux plèvres contiennent un liquide trouble, jaunâtre, avec des flocons albumineux; un demi-litre dans le côté droit, un peu moins dans le côté gauche; lymphe plastique sur la portion diaphragmatique de la plèvre, presque à la base des poumons. Les poumons, crépitans, présentent seulement un peu d'œdème à la partie postérieure.

Le péricarde contient un peu de sérosité transparente, sans flocons; le volume du cœur est naturel; l'épaisseur des parois du ventricule gauche est considérable.

Abdomen. Le diaphragme est refoulé très haut, à droite, jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte. Le péritoine contient du pus dans les hypochondres et dans le bassin; sur quelques points, dépôt de fausses membranes; sur d'autres, adhérences plus ou moins récentes. Le foie descend très bas, jusqu'au niveau de l'ombilic; le cœcum et le colon ascendant sont distendus par des gaz; le colon transverse s'infléchit vers le pubis, puis remonte vers l'hypocondre gauche; le colon descendant se trouve logé, comme à l'ordinaire, dans le flanc gauche; l'estomac se montre sous le rebord des fausses côtes gauches et s'engage sous le foie; la masse des intestins grêles est en partie dans le petit bassin, en partie dans le milieu du ventre, recouverte par le colon transverse, qui est infléchi, et en grande partie refoulé vers le flanc gauche.

Dans le flanc droit, qui est encore bombé, on voit la tumeur formée par le rein. Après avoir enlevé l'estomac, en détruisant quelques adhérences qui l'unissent au foie, on retire du ventre les intestins grêles, dont quelques parties sont roses et injectées, puis le colon iliaque, le colon descendant et le transverse. On constate que le rein dilaté ne s'est pas ouvert dans le cœcum. Après avoir détruit les adhérences légères de la poche rénale avec la partie postérieure et externe du cœcum et du commencement du colon, on l'isole avec le doigt, on détruit les adhérences qui unissent le grand lobe du foie avec la partie supérieure du rein droit.

En avant, la tumeur n'est pas adhérente à la paroi abdominale; immédiatement sous le rebord des côtes et dans le point

correspondant à celui où l'on sentait, pendant la vie, une crépitation, elle présente une fausse membrane un peu plus large qu'une pièce de cinq francs, et d'une ligne à-peu-près d'épaisseur. Tout-à-fait au-dessous, la tumeur est en rapport avec la paroi abdominale. L'extrémité inférieure de la tumeur est logée dans la moitié supérieure de la fosse iliaque. Cette tumeur a de haut en bas cinq pouces, et transversalement trois pouces trois quarts. En haut et en arrière, elle se trouve appuyée sur la dernière côte; en bas, elle descend à un demi-pouce au-dessus du détroit supérieur du bassin, à deux pouces de l'épine iliaque antérieure et supérieure, et à trois pouces de l'arcade crurale.

Le rein gauche est tout-à-fait à l'état naturel. L'uretère gauche est sain et sans injection.

La vessie contient un grand verre d'urine chargée de pus; son col est très injecté et présente quelques petites vésicules du volume d'une tête d'épingle, entourées d'un petit cercle noirâtre.

Autour de la tumeur le tissu cellulaire est dense et verdâtre. Il s'écoule du rein, largement ouvert, une grande quantité de pus contenu dans des loges qui communiquent entre elles par l'intermédiaire du bassinet. Le bassinet, assez petit, est rempli, presque en entier, par un calcul, ayant plusieurs embranchemens courts, dans les calices, remplis de pus.

La substance mamelonnée est affaissée et atrophiée. Le rein est réduit en une poche purulente, multiloculaire. Le tissu cellulaire extra-rénal est en quelques points épais de trois lignes, et dans la scissure contient beaucoup de graisse; l'uretère est plus gros qu'à l'ordinaire et ses parois sont épaissies.

Le foie adhérait par sa face convexe au diaphragme, au moyen de fausses membranes un peu plus anciennes que celles qui unissaient sa partie inférieure avec la tumeur; il était volumineux; son grand lobe avait sept pouces de hauteur et le moyen cinq pouces et demi; son diamètre transversal était de sept pouces; son tissu était sain. La rate présentait de petites plaques cartilagineuses à sa surface. Le pancréas était sain. La membrane muqueuse de l'estomac, du duodénum, des intestins grêles et du gros intestin, ne présentait ni rougeur, ni injection, ni ramollissement. La matrice était saine.

§ 701. *Rapports de la pyélite calculeuse avec les affections du système nerveux.*

On a vu des phénomènes *apoplectiques* (1) (Obs. XXIII), *épileptiques* (2), le *delire* (3), les *convulsions* (4) et même une hémorrhagie cérébrale (5) (Obs. XXIV), ou enfin la paralysie (6), survenir dans les cas de pyélite calculeuse; on a vu aussi, comme je le montrerai plus tard, de semblables accidens se montrer dans des cas d'hydro-néphrose ou d'atrophie des substances rénales par suite du développement d'un grand nombre de kystes. Thomas Bartholin et Baglivi (7) ont vu des affections calculeuses des reins produire des hémicrânies rebelles. On a vu aussi se produire, dans de semblables conditions, d'autres accidens nerveux, la manie suicide (8), etc.

Willis rapporte que chez une femme qui rendait depuis

(1) M. Bonnafont (*Mémoire sur quelques modes de dégénérescence du tissu des reins. Recueil de mémoires de méd., de chir. et de pharm. militaires*, in-8, vol. XXXIX, p. 227, Paris, 1830) rapporte trois cas de pyélite du côté gauche, dont une avec hémorrhagie dans le ventricule gauche du cerveau. *Voyez* aussi : Bonet (Th.). *Sepulcretum*, lib. I, sect. II, obs. LXI. — Littre. *Hist. de l'Ac. des sciences*, 1702, pag. 34.

(2) Lamotte, *Chirurgie*, obs. CLXXIV. — Bonet. *Sepulcr.*, lib. I, sect. 12, obs. XIV. — Essais d'Édimbourg, vol. II, p. 23, trad. allem. — Harder. *Apiarium.*, obs. LXXVIII.

(3) Schenck cite (*De lithiasi renum*, Symptomata. *Op. cit.*, p. 450) un cas de calcul rénal dans lequel le symptôme le plus saillant était le délire.

(4) Tulp. *Obs. medic.*, lib. II, obs. XLV. — Bonet. *Sepulcr.*, lib. I, sect. 13, obs. XXXI. *Voyez* plus loin : Obs. XXIV.

(5) Bonnafont. *Lieu cité.* — Willis. *Opera omnia.* De anima brutorum. Paralysis. — In-4, Amstelodami, tom. II, p. 158.

(6) Lemaitre (*Sur une quantité très considérable de pierres, rendue tant par les urines que par les selles. Journ. de Méd.*, tom. XVII, p. 173), cite un cas dans lequel une malade, âgée de 18 ans, éprouva des accès d'hystérie, des convulsions, une *hémiplégie*, etc., et qui furent combattus par des purgatifs, des vésicatoires, etc. Ce cas est vraiment très remarquable, surtout si, au milieu d'accidens réels, il n'y en a pas eu de simulés.

(7) Baglivi. *Opera omnia*, in-4. Lugduni, 1745, p. 337.

(8) Schurig. *Lithologia*, p. 295. — Eggert in Rusts'. *Magazin*, B. XXVIII, H. 3, S. 427.

long-temps une urine sanguinolente et purulente, il survint dans la région renale gauche une tumeur qui s'abcéda et se transforma en un ulcère fistuleux. Après deux ans de souffrances, cette femme mourut avec des symptômes d'*apoplexie*, le quatorzième jour d'une suppression d'urine; le rein gauche, entièrement atrophié, était réduit à sa simple membrane; le rein du côté opposé était rempli de sable et de calculs, et l'un d'eux était engagé dans l'uretère.

M. Brodie (1) rapporte qu'un homme, âgé de 64 ans, sujet aux calculs rénaux, qui étaient habituellement excrétés par l'urèthre, fut pris d'une de ses attaques ordinaires. Cependant la douleur continua après l'attaque avec la même intensité, et le malade n'urina pas. On introduisit une cathéter à plusieurs reprises dans la vessie, et il n'en sortit point d'urine. Le malade tomba dans un *état comateux* et mourut dans une attaque de *convulsions* onze ou douze jours après le commencement des accidens. A l'ouverture du cadavre on ne trouva point d'urine dans la vessie. Il y avait plusieurs calculs dans un des reins; l'autre n'en contenait pas, mais un calcul, gros comme une fève, était comme enclavé dans la partie supérieure de l'uretère.

M. Abercrombie (2) raconte le cas d'un homme, âgé de 70 ans, qui, après avoir éprouvé une ischurie complète, mourut quelques jours après dans un état comateux. La vessie et les deux bassinets contenaient plusieurs calculs. Enfin Dance (3) a observé, chez un homme atteint d'un *ramollissement du cervelet*, et qui avait éprouvé des attaques épileptifornes, un cas d'oblitération de l'uretère gauche suivi de la dilatation et de la suppuration du bassinet et des calices du rein correspondant. Le rein du côté opposé était sain et double de son volume ordinaire. L'urine rendue pendant la vie et celle qui fut trouvée après la mort dans la vessies, étaient naturelle, non chargées de mucus, de pus ou de sang.

(1) Brodie. *Lectures on the diseases of the urinary organs*, page 188. in-8. London, 1832.

(2) *Edinb. Med. and Surg. Journ.* vol. XVII, pag. 217.

(3) *Archives générales de Médecine*, tom. XXIX, p. 165.

§ 702. J'ai déjà cité tant de faits qui démontrent l'influence des maladies de l'urèthre, de la prostate et de la vessie sur le développement de la pyélite et de la néphrite, que je me serais abstenu de rapporter l'observation suivante, si elle n'offrait quelque intérêt à d'autres égards. Je veux parler de la promptitude de la mort à la suite d'accidens nerveux simulant un *coup de sang*.

Obs. XXIII.— Deux fausses routes dans le canal de l'urèthre; engorgement de la prostate; hypertrophie de la membrane musculaire de la vessie; nombreux calculs dans la vessie; rétention d'urine; dilatation de l'uretère gauche; pyélite avec dilatation et perforation au-dessous de la membrane fibreuse du rein.

En 1832, je vis, dans le service de mon collègue Lerminier, un malade sur le compte duquel on obtint peu de renseignemens. Seulement on nous fit observer qu'il allait habituellement chez un chirurgien se faire sonder, et qu'il avait eu, le jour même de son admission à l'hôpital, *un coup de sang* ; il mourut le lendemain matin, et M. le docteur Pagès, interne du service, fit l'ouverture du corps en ma présence.

Le calibre du canal de l'urèthre ne paraissait pas notablement rétréci, et cependant il y avait deux fausses routes, qui partaient de la portion membraneuse pour se porter du côté gauche vers la prostate. Cette glande, deux fois plus volumineuse que dans l'état sain, avait probablement été une des causes de la rétention d'urine, à laquelle on nous dit que cet homme était sujet.

La vessie, très volumineuse, était distendue par l'urine; ses parois avaient une épaisseur quatre fois plus considérable que celle de l'état sain. La membrane péritonéale était saine; la membrane muqueuse était d'un rouge violacé. La couche musculeuse, dont la couleur était celle de la chair de veau, avait presque l'épaisseur d'une matrice à quatre mois.

L'intérieur de la vessie contenait un très grand nombre de morceaux de calculs, comme des éclats de pierre brisée (nous avons soupçonné qu'on avait pratiqué la lithotritie sur ce malade).

L'uretère gauche, gros comme un intestin grêle, présentait intérieurement des brides transversales qui simulaient des valvules.

Le tissu cellulaire voisin de la partie inférieure du rein

gauche et du colon descendant était infiltré de sang; la couche celluleuse extérieure du rein présentait la même altération.

Le bassinet était très distendu par une urine trouble, blanche, épaisse, contenant du sable gris; sur les côtés et au-dessous de la membrane fibreuse décollée et épaissie, on sentait un abcès. Ce foyer purulent communiquait par une fistule avec la cavité du bassinet. Dans plusieurs points de la substance corticale existaient de petits points noirâtres qui correspondaient à des points enflammés plus profondément situés. Les mamelons étaient complètement affaissés par suite de la destruction du bassinet.

Le foie et les organes digestifs étaient sains. L'uretère du côté opposé est plus volumineux que dans l'état ordinaire. Le rein droit était sain. Les poumons, le cœur et le cerveau étaient sains. Cet homme était bien constitué.

§ 703. L'observation suivante recueillie par un de mes anciens élèves, M. le docteur Lenepveu, est un exemple plus remarquable encore de pyélite calculeuse latente, terminée brusquement par la mort. J'ai vu et examiné les pièces anatomiques.

Obs. XXIV. — Pyélite calculeuse, latente; calcul énorme dans le rein gauche, complètement atrophié et transformé en une espèce de coque; calcul dans le rein et dans l'uretère du côté droit; hémorrhagie dans la cavité de l'arrachnoïde; convulsion; paralysie; mort.

M. V., âgé de 60 ans, entra le 31 mars 1836, à dix heures, à la Maison royale de Santé (service de M. Hervey de Chegoin), et y mourut le même jour, à neuf heures du soir.

Ce malade, d'une constitution robuste, avait toujours joui d'une bonne santé; sa femme dit qu'il avait eu, il y a dix ans, une névralgie sciatique, dont il avait été guéri promptement, et qu'il rendait parfois de petits graviers avec les urines. Depuis quelques mois, il éprouvait des tintemens d'oreille et des étourdissemens à la suite desquels il avait fait plusieurs chutes.

Quelques douleurs éprouvées dans la région des reins ne l'avaient pas empêché de se livrer à ses occupations habituelles, lorsque, il y a trois semaines, il fut pris de maux de tête plus violens que de coutume et de difficulté à uriner, et fut obligé

de s'aliter. Un chirurgien le sonda et ne trouva rien de particulier dans l'urèthre ni dans la vessie. Pendant quinze jours, le malade semblait mieux, lorsqu'il y a trois jours, il a éprouvé des mouvemens convulsifs (*Saignée; douze sangsues dans les gouttières dorsales et lombaires*). Cet homme était privé de connaissance, ne répondant point aux questions qu'on lui faisait.

Le 31 mars, jour de son entrée à la Maison de santé, on remarqua des mouvemens convulsifs dans les muscles de la face, et une paralysie du mouvement et du sentiment dans la moitié droite du corps. La respiration était embarrassée et bruyante; la région de la vessie était tendue. La cathétérisme donna issue à huit onces d'urine trouble et jaunâtre; un demi-verre de pus grisâtre et fétide se déposa au fond du vase. A huit heures du soir, respiration trachéale; extrémités froides; mort à neuf heures.

L'autopsie du cadavre fut faite vingt-quatre heures après la mort. Un coagulum sanguin, étendu en nappe, dans la cavité de l'arachnoïde, recouvre, en grande partie, la convexité du lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau; un peu de sang liquide et un autre petit caillot existent dans la scissure de Sylvius. Deux onces de sérosité s'écoulent des ventricules cérébraux et du tissu cellulaire sous-arachnoïdien. Point de foyers récens ni de traces d'anciens foyers apoplectiques dans la substance cérébrale.

Les deux poumons sont fortement engoués et réunis aux parois de la poitrine par des adhérences anciennes. Le ventricule gauche du cœur est hypertrophié; les cavités droites sont un peu dilatées; l'appareil digestif est sain.

Le rein gauche, transformé en une coque fibreuse, contient un énorme calcul (ATLAS, Pl. XII, fig. 5, 6, 7,) adhérent à la membrane interne du bassinet et des calices; deux autres petits calculs flottans dans la cavité des deux calices; un petit calcul, gros comme une lentille, est arrêté à l'embouchure de l'uretère droit dans la vessie (ATLAS, Pl. LIII, fig. 4). Un cinquième calcul, gros comme une amande existe, dans le bassinet du rein droit; ce rein, considérablement hypertrophié, offre, à sa sur-

face, quelques plaques blanches, laiteuses et plusieurs petits kystes; l'uretère du même côté est dilaté; le rein gauche offre plusieurs foyers de pus logés dans de petites cellules distinctes, et qui ont pris la place des substances tubuleuse et corticale détruites.

§ 704. La fréquence des maladies des voies urinaires est telle dans la vieillesse qu'on ne devrait jamais négliger l'examen de l'urine et l'exploration des voies urinaires; faute de cet examen, des lésions plus ou moins graves passent inaperçues :

Obs. XXV.— Inflammation pseudo-membraneuse de la vessie et du bassinet du rein droit chez une vieille femme; mort subite.

Fontaine, âgée de 79 ans, sans état, et depuis long-temps à la charge du bureau de charité, demeurant à Paris, rue des Petites-Boucheries, fut admise à l'hôpital de la Charité les premiers jours de janvier 1836, à six heures du soir, et mourut *subitement* le lendemain à midi. Cette vieille femme étant, en apparence peu malade le soir au moment de sa réception, et sa faiblesse paraissant expliquée par son grand âge, l'urine ne fut point examinée, et les lésions de la vessie et du bassinet ne furent point soupçonnées.

Autopsie du cadavre.— Tête. Infiltration très notable de sérosité entre les membranes du cerveau, dont les circonvolutions sont très humides; épanchement de sérosité dans les ventricules. Toute la substance cérébrale est mouillée.

Poitrine. Poumons fortement engoués, d'un rouge noirâtre, surtout le droit. Deux ou trois adhérences fort légères au sommet des poumons. Cœur volumineux; caillots dans les oreillettes; valvule auriculo-ventriculaire droite présentant quelques points cartilagineux ainsi que d'autres points blancs et durs; ventricule droit légèrement hypertrophié; le ventricule gauche n'offre rien de remarquable, si ce n'est une cartilaginification moins prononcée de la valvule. Les valvules aortiques sont saines; la substance du cœur est généralement assez molle; le péricarde offre quelques adhérences et une plaque blanche de la largeur d'une pièce de vingt sous. L'aorte est saine.

Abdomen. Foie sain ; rate lie de vin, un peu ramollie, volume moyen. La substance corticale des reins, peu consistante, est criblée à la périphérie de petits kystes d'un bleu noirâtre et du volume de grosses têtes d'épingles. Dans le rein gauche, kyste à coque cartilagineuse, à parois d'une ligne d'épaisseur, jaunâtre, de la grosseur d'un œuf de pigeon, contenant une sérosité jaunatre. La membrane muqueuse du bassinet et des calices est d'un rouge assez vif et parsemée de fausses membranes. Les tuniques de la vessie sont épaissies; la membrane muqueuse présente, comme le bassinet, de la rougeur et de fausses membranes. Plusieurs sont flottantes au bas-fond de cet organe.

Les autres organes dans l'état sain.

§ 705. La coïncidence de la pyélite avec une lésion du mésocéphale était-elle, dans le cas suivant, un simple effet du hasard ? ou bien, par suite de l'affection cérébrale, l'excrétion de l'urine se faisant avec moins de liberté, sa rétention incomplète a-t-elle été la cause de l'inflammation des bassinets ? Dans cette hypothèse, pourquoi la vessie ne s'est-elle point enflammée par le même mécanisme ? La pyélite a-t-elle pu être la conséquence d'une ancienne infection syphilitique ?

Obs. XXVI.— Pyélite chronique chez une femme paralytique atteinte d'un ramollissement d'une partie du côté gauche du mésocéphale.

Baudin, ouvrière en linge, âgée de 50 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 12 janvier 1837, pour s'y faire traiter d'une paralysie incomplète du bras et de la jambe du côté droit. Cette femme, brune, d'une haute stature, d'un embonpoint médiocre, a été hydropique pendant quelques mois, à l'âge de 25 ans. A part plusieurs affections vénériennes, elle a joui, jusque dans ces derniers temps, d'une bonne santé. Il y a dix mois qu'elle a cessé d'être réglée. Depuis huit mois, elle éprouve des douleurs de tête violentes qui ont été combattues par des émissions sanguines.

Dans la nuit du 8 janvier, elle fut prise subitement d'une attaque dans laquelle elle ne perdit pas complètement connaissance. Aujourd'hui, elle ne prononce les mots qu'avec beaucoup de peine, et cependant les mouvemens de la langue s'exé-

cutent facilement. Il n'y a pas de paralysie sensible des muscles de la face. Le bras droit peut s'éloigner du tronc, et la main se porter à la tête. Les doigts médian et annulaire sont légèrement paralysés. La jambe du même côté peut exécuter quelques mouvemens, mais la marche est impossible. Point de paralysie de la vessie ni du rectum. Sensations particulières dans les membres incomplètement paralysés. Amaurose presque complète des deux yeux depuis huit mois. Quelques cicatrices syphilitiques sur différentes parties du corps.

La malade fut saignée, et les jours suivans elle prit de l'eau de Sedlitz, des lavemens purgatifs et des pilules d'Anderson.

Le 27 du même mois, à trois heures, nouvelle attaque; la malade ne peut plus parler; impossibilité de lui faire ouvrir la bouche et tirer la langue. Pas de fièvre; on ne peut savoir si elle souffre; la sensibilité générale est conservée, et les signes que nous fait la malade montrent que l'intelligence n'a pas notablement souffert (*Saignée d'une livre; lavement purgatif*).

Le lendemain, mêmes symptômes; en outre, gémissemens et cris continuels; évacuations des matières fécales dans le lit, la malade ne pouvant former une phrase, appeler la veilleuse *Sangsues derrière les oreilles; huile de ricin*).

Le soir, la malade est plus abattue; la respiration s'embarrasse. Mort le lendemain à six heures du matin.

Autopsie du cadavre. — Tête. Du côté gauche de la protubérance annulaire, près de la ligne médiane, un point de la substance cerébrale, du volume d'un grain de cassis, était *jaune et ramolli;* cette altération se prolongeait en stries dans la substance cérébrale voisine, qui était saine. Nous ne découvrîmes aucune autre altération, ancienne ou récente, dans les deux hémisphères du cerveau. Le cervelet était sain.

Abdomen. La membrane muqueuse du bassinet du rein gauche, épaissie et blanchâtre, était couverte d'un mucus épais, mêlé de pus, qui formait à sa surface une couche assez uniforme. La membrane muqueuse du bassinet du rein gauche était très rouge et très injectée. Quant au tissu propre des reins, il paraissait sain. Les uretères et la vessie n'offraient ni rougeur ni épaississement.

§ 706. Il est très probable que, dans le cas suivant, la lésion du cervelet a été la source première des accidens ; que l'espèce de kyste que nous avons rencontré dans cet organe, s'était formé à la suite d'une hémorrhagie ; et que les lésions des voies urinaires, notamment la pyélite, ont été consécutives à l'affection du cervelet. Toutefois, il est constant qu'il y avait, dans les voies urinaires, des altérations propres à un état inflammatoire aigu et d'autres altérations, telles que la teinte ardoisée de la membrane muqueuse, l'atrophie et l'induration du rein gauche, qui étaient la conséquence d'une inflammation chronique très ancienne. Et à en juger par la nature des premiers accidens connus, et par les caractères des lésions observées après la mort, on peut penser qu'il y a eu alternativement et réciproquement influence du cervelet sur les voies urinaires, et des voies urinaires sur les centres nerveux.

Obs. XXVII. — Céphalalgie ancienne ; perversion, puis abolition de l'intelligence ; paralysie des membres inférieurs, du rectum et de la vessie ; rétention d'urine ; urine alcaline et brune ; mort. — Kyste du volume d'une noix dans le cervelet ; inflammation chronique de la vessie, de la membrane du bassinet et de celle des calices ; destruction de la substance rénale.

D... (Marie-Françoise), âgée de 40 ans, entra le 16 septembre 1839, à l'hôpital de la Charité. Elle avait toujours joui d'une bonne santé, jusqu'au mois de juillet 1837. A cette époque, elle commença à éprouver des douleurs de tête qui ont toujours existé, depuis lors, à un degré plus ou moins prononcé. Toutefois, cette femme, extrêmement maigre et dont la constitution est profondément altérée, n'accusait d'autre souffrance que cette céphalalgie continuelle, qu'elle attribuait à des fatigues et à des veilles prolongées. Elle passait une partie de la nuit à travailler pour subvenir à ses besoins et à ceux de sa nombreuse famille. Depuis huit mois, elle éprouvait des étourdissemens, des vertiges, toutes les fois qu'elle faisait le plus léger mouvement. Depuis ce temps-là, elle a gardé un repos absolu. Le mal a fait des progrès ; des applications de sangsues aux apophyses mastoïdes, des vésicatoires à la nuque, ont été employés

sans soulagement. Enfin, cette femme affirme qu'elle était arrivée au point de n'être plus capable de veiller aux soins de son ménage, soins qu'elle prenait autrefois avec empressement. Ce fut avec beaucoup de peine qu'elle put nous donner ces renseignemens. Il y avait de l'hésitation dans ses réponses qui étaient souvent interrompues ou incomplètes. Cette femme a conservé l'usage des membres inférieurs et supérieurs, mais elle a peine à soutenir sa tête, qui est ordinairement inclinée sur le côté; ses yeux restent fermés, même lorsqu'elle parle, comme si elle était douloureusement affectée de la lumière. Il y a un peu d'embarras dans sa parole. L'appétit et le sommeil sont bien conservés; point de chaleur morbide à la peau; point de mouvement fébrile; garde-robes rares.

Elle resta, durant trois ou quatre jours, dans l'état que nous venons de décrire, gardant le silence et l'immobilité la plus complète (*Limonade; ventouses scarifiées à la nuque; lavement purgatif*).

Le 20 septembre, la stupeur est plus prononcée, assoupissement presque continuel; de temps en temps la malade s'agite et pousse parfois des cris aigus; elle délire toute la nuit, puis elle retombe dans le coma (*Limonade; vésicatoire à la nuque; lavement purgatif*).

Le 22, on sent un amas de matières fécales en pressant sur les parois abdominales; une goutte d'huile de croton tiglium, administrée en pilule, est rejetée par le vomissement.

Le lendemain 23, la même chose arrive, il y a aussi rétention complète des urines depuis deux jours; la vessie, distendue, forme une saillie à l'hypogastre. Le cathétérisme donne issue à une pinte et demie d'urine alcaline et d'une odeur fortement ammoniacale.

Le 25 septembre, le coma continue, et alterne avec quelques instans d'agitation, pendant lesquels la malade pousse des cris. La constipation et la rétention d'urine continuent; la malade est sondée deux fois par jour; l'urine est d'une fétidité extrême et toujours alcaline; la quantité en diminue, et les dernières parties de ce liquide extraites de la vessie sont d'une couleur brun foncé.

Le 26, les yeux sont toujours fermés; les pupilles sont dilatées et immobiles; la tête est inclinée en arrière ou sur l'une des épaules; la langue est un peu sèche; le pouls est déprimé et un peu irrégulier; la peau est plutôt froide que chaude (*Limonade; lavement purgatif; cathétérisme deux fois par jour; diète*).

Le 27, hypogastre sensible à la pression; douleur vive pendant le cathétérisme; urine très fétide, alcaline, d'un brun foncé et très épaisse.

Le 28, la résolution des membres inférieurs est complète; la malade pousse des gémissemens quand on l'excite; dans la soirée, la paralysie devient générale, et la malade meurt le 29 septembre.

Autopsie du cadavre. — Abdomen. Le péritoine est généralement sain, excepté dans la région sous-ombilicale, où le paquet intestinal adhère au mésentère et au sommet de la vessie. Celle-ci, très développée, fait saillie de deux à trois pouces au-dessus du pubis. Ses parois, quoique très distendues, ont une grande épaisseur. La membrane interne de la vessie est rendue rugueuse et mamelonnée par un dépôt de fausses membranes plus épaisses au bas-fond et à la partie antérieure de cet organe qu'à sa face postérieure. Au-dessous de ces fausses membranes, molles et blanchâtres, la membrane muqueuse a une teinte d'un gris ardoisé. Le rein droit ne présente pas de lésion appréciable. Le rein gauche, au contraire, remarquablement atrophié, est réduit aux deux cinquièmes d'un rein ordinaire; sa surface offre des inégalités, de petites poches remplies de pus déposé dans les calices dilatés. Les substances tubuleuse et corticale du rein ont presque entièrement disparu; entre l'enveloppe, fibreuse, épaisse et dense du rein et la membrane du bassinet qui est aussi épaissie existe une couche d'apparence adipeuse, et de trois à quatre lignes d'épaisseur. L'infundibulum est très dilaté; sa membrane et celle des calices sont blanches, dures et comme fibreuses; une matière molle, pâle, semblable à une gelée, remplit quelques-uns des calices dilatés.

La membrane muqueuse digestive n'offre point d'altération;

l'intestin et surtout l'iléon contiennent une grande quantité de matières fécales dures et disposées en chapelet.

Tête. La substance du cerveau est très ferme. Dans l'épaisseur du lobe droit du cervelet, très près de la commissure qui le réunit au lobe gauche, on voit une cavité capable d'admettre une noix ordinaire et remplie d'un liquide séro-purulent et jaunâtre. Les parois de cette cavité sont pourvues d'un kyste qui isole complètement le liquide du tissu ambiant de l'encéphale. Le foyer repose presque immédiatement sur la face supérieure de la moelle allongée, très près du quatrième ventricule.

Poitrine. Les organes thoraciques étaient parfaitement sains.

§ 707. L'observation suivante est un exemple d'inflammation aiguë de la vessie et des bassinets, consécutive à une rétention d'urine déterminée par une affection du cerveau. J'ai déjà rapporté plusieurs cas analogues, mais dans aucun d'eux l'inflammation n'était aussi nettement bornée aux bassinets et aux calices.

Obs. XXVIII.— Depuis quatre ans douleurs violentes dans tout le côté gauche de la tête; somnolence; stupeur; évacuations involontaires de l'urine et des matières fécales; mort. — Lésion organique du cerveau; membrane interne des calices, du bassinet, des uretères et de la vessie, injectée et enduite de pus.

Dubloz (Jeanne), femme-de-chambre, âgée de 44 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 19 mars 1837. Cette femme, assez bien conservée, d'un teint brun, d'un embonpoint médiocre, a joui d'une bonne santé, jusqu'à l'âge de 40 ans. Il y a cinq ans qu'elle commença à éprouver, dans le côté gauche de la tête et dans la moitié correspondante de chaque mâchoire, jusque dans les dents, des douleurs très vives qui revenaient fréquemment par *accès* et n'avaient pas toujours la même intensité. Pendant le cours de cette maladie aucune autre partie du corps ne parut souffrir, et la menstruation resta régulière jusqu'au mois de janvier dernier. Plusieurs médecins avaient regardé la maladie comme un tic douloureux ; aucun traitement ne l'avait soulagée. Maintenant les douleurs sont plus vives que

jamais ; elles arrachent des cris à la malade et ne lui laissent plus de repos. La douleur ne suit pas exactement le trajet des nerfs du crâne ou de la face. D'un autre côté, l'intégrité des sens, des mouvemens et de l'intelligence éloignaient l'idée d'une maladie organique du cerveau. Une saignée fut pratiquée, et seize grains de sulfate de quinine furent donnés dans l'intermission des douleurs; pas d'amendement; la dose du sulfate de quinine fut portée, dès le lendemain, à vingt-quatre grains. La malade pleurait de temps en temps, lors même que la douleur était le moins vive ; la malade pleurait par un sentiment de tristesse, et les larmes la soulageaient. Le sulfate de quinine fut continué à la même dose pendant seize jours ; la malade se félicita un moment de l'emploi de ce médicament, mais bientôt les douleurs devinrent plus vives que jamais (*Un quart de grain de datura stramonium*).

Le lendemain, la malade parut plongée dans un sommeil profond, dont il était difficile de la tirer (*Un quart de grain de stramonium*, le soir). Le jour suivant, la religieuse nous dit que, dans la journée, la malade lui avait parlé, qu'elle se trouvait mieux et qu'elle avait mangé (*Un quart de grain de stramonium*, soir et matin).

Le stramonium fut suspendu le 9, et continué les 10, 11 et 12; pendant ce temps, les symptômes restèrent à-peu-près les mêmes. Il était difficile de faire parler la malade; par momens, il y avait une sorte de stupeur. On cessa l'emploi du stramonium.

La malade est constamment assoupie : veut-on la réveiller, elle murmure, et, après avoir ouvert les yeux un moment, comme pour prier de la laisser tranquille, elle les referme bientôt, et contracte énergiquement les paupières. On a la plus grande peine à lui arracher une réponse; mais cette réponse est juste. On parvient à lui faire exécuter quelques mouvemens des membres, mais elle y apporte la même lenteur et la même insouciance que dans tous les autres actes.

La vessie, remplie d'urine, est vidée par la sonde; mais, les jours suivans, l'urine est rendue involontairement, ainsi que les matières fécales. Le pouls varie de 90 pulsations à 100. Le 18 avril et jours suivans, la respiration s'embarrasse, et

la malade succombe le 20 avril 1837. Les rubéfians, les vésicatoires, les purgatifs, les excitans avaient été employés dans les derniers temps de la maladie sans aucun avantage.

Autopsie du cadavre, le 21, vingt-quatre heures après la mort. — *Etat extérieur.* Bouffisure, de la face qui est légèrement violacée. La peau du corps est pâle. Embonpoint médiocre; point d'œdème.

Tête. Les veines qui rampent à la surface du cerveau, surtout celles du côté gauche, sont très injectées. Point de sérosité, ni de lymphe plastique dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien. La pie-mère paraît plus adhérente à la partie antérieure du cerveau que sur les parties latérales. Le cerveau a sa consistance naturelle. Les ventricules latéraux contiennent environ deux cuillerées de sérosité transparente. Le droit paraît plus distendu que le gauche. En dehors de ce dernier, à-peu-près vers le tiers moyen de la face inférieure de l'hémisphère, la substance blanche, ramollie, est contiguë à un foyer rempli d'un liquide semblable à du pus, mêlé à de la matière cérébrale. La pie-mère, dans ce point, adhère intimement à la substance cérébrale. Les parois du foyer, d'une dureté remarquable, ont plusieurs lignes d'épaisseur. La couleur de ces parois est d'un blanc jaunâtre; quelques parties sont plus jaunes et ramollies, d'autres sont injectées de sang. L'intérieur du foyer est inégal. Au-dessous de cette couche purulente, on trouve une membrane assez ferme. Dans la portion de la fosse latérale et moyenne gauche de la base du crâne, et près de l'aile du sphénoïde, l'os est perforé. La cinquième paire n'est le siège d'aucune lésion. Les veines du cerveau et les sinus de la dure-mère sont sains. Les ganglions lymphatiques du cou n'ont pas augmenté de volume et ne sont pas altérés dans leur texture.

Poitrine. Le poumon gauche est un peu engorgé; les bronches sont rouges. Le poumon droit est parfaitement sain.

Les valvules mitrales du cœur un peu plus épaisses que dans l'état naturel, offrent, près de leur bord libre, plusieurs points cartilagineux. Plusieurs plaques jaunâtres au-dessous de la membrane interne de l'aorte.

Abdomen. Le tissu des reins paraît sain; mais la membrane interne du bassinet, des calices et des uretères est recouverte par une couche assez épaisse de pus. Débarrassée du pus par le lavage, cette membrane offre une injection uniforme à mailles assez serrées et quelques ecchymoses. La vessie, énormément dilatée, surtout dans son diamètre transversal, contient une très grande quantité de mucus purulent, rassemblé à son bas-fond; sa membrane muqueuse est généralement injectée.

La matrice est saine; un kyste séreux de la dimension d'une grosse noix dans l'ovaire gauche.

L'estomac, l'intestin, le foie et la rate sont sains.

Rapports de la pyélite avec les maladies de la moelle épinière.

§ 708. Les membres inférieurs sont souvent le siége d'un *engourdissement* considérable dans plusieurs maladies des voies urinaires. M. Lallemand (1), dans ses observations sur les pertes séminales involontaires, pertes qui coïncident très souvent avec des lésions de l'urèthre et de la prostate, ou d'autres parties des voies urinaires, a noté, dans un assez grand nombre de cas, que les malades étaient faibles ou vacillans sur leurs jambes, qu'ils offraient enfin une *paralysie* incomplète des membres inférieurs. M. Stanley (2) a rapporté plusieurs cas de paralysie survenue à la suite de maladies des voies urinaires, et notamment, de la néphrite, sans lésion matérielle de la moelle épinière (§ 437).

Un jeune homme, à la suite d'une maladie inflammatoire du tube intestinal, souffrait, dit M. Ammon (3), tantôt d'une constipation opiniâtre, tantôt d'un pissement de sang. Plus tard, l'urine devint alternativement sanguinolente et d'un

(1) Lallemand. *Des pertes séminales involontaires*, in-8, Paris, 1836.

(2) Stanley (Edward). *Du rapport qui existe entre l'inflammation des reins et les désordres fonctionnels de la moelle épinière et de ses nerfs* (*London Med. chir. transactions*, t. XVIII, p. 1, p. 260. — *Archives générales de médecine*, deuxième série, t. V, p. 95).

(3) *Preuss. medic. Zeitung.*, 1832, n. 6.

jaune paille, mais épaisse. Vers la fin de sa vie, ce malade ressentit des douleurs très violentes qui se répandaient dans la jambe gauche; les extrémités inférieures étaient *paralysées*; on trouva le rein gauche très volumineux et représentant une masse lardacée, parsemée de nombreux tubercules.

J'ai observé un cas remarquable de paralysie chez une femme atteinte d'une double pyélo-néphrite (Obs. XXIX). J'ai vu deux autres cas de ces paraplégies consécutives à des inflammations des reins et de leurs conduits excréteurs, et qui se sont heureusement terminés par guérison. Bien que ces observations n'appartiennent pas aux simples pyélites, mais bien aux pyélo-néphrites, et plus particulièrement aux néphrites, je les consignerai ici, la science ne possédant qu'un petit nombre de faits analogues : le développement de maladies de la moelle épinière et de paralysies, à la suite des maladies des voies urinaires, est encore aujourd'hui un fait ignoré d'un grand nombre de médecins.

Obs. XXIX.— Cystite chronique; pyélo-néphrite aiguë du rein droit; pyélo-néphrite chronique du rein gauche; invasion subite d'une douleur très aiguë dans la région de la moelle épinière; paralysie des deux membres inférieurs, de la vessie et du rectum; mort onze jours après l'invasion de la paralysie; point de lésions matérielles appréciables dans la moelle épinière, dans le cerveau, ni dans les méninges cérébrales et rachidiennes.

Mancelle (Louise), âgée de 50 ans, polisseuse, fut admise à l'hôpital de la Charité, le 10 janvier 1839.

Cette femme, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, dit qu'elle n'avait point eu antérieurement de maladies graves, mais qu'elle éprouvait assez fréquemment des migraines. Depuis trois ans, la malade a cessé d'être réglée.

Il y a vingt-trois ans, elle eut un accouchement laborieux qui fut terminé par le forceps; depuis cette époque elle a souvent eu de la difficulté à uriner, mais non d'une manière continue.

Le 9 janvier, à 8 heures du matin, elle jouissait d'une santé parfaite, lorsqu'elle ressentit tout-à-coup une douleur très

vive dans toute la longueur de l'épine du dos, et surtout au niveau des premières vertèbres dorsales. Elle éprouva en même temps un violent étourdissement accompagné de rougeur de la face. Une frayeur subite s'empara d'elle, et une constriction douloureuse se fit sentir aux régions frontale et temporale; cependant elle ne perdit pas connaissance; au même instant une faiblesse remarquable se manifesta dans les membres inférieurs, et surtout dans la jambe droite; ses membres ne purent plus la soutenir; elle fut obligée, pour éviter une chute, de prendre un appui sur un meuble, et elle eut beaucoup de peine à se mettre au lit.

Les deux bras conservèrent la liberté des mouvemens. Elle eut aussi des vomissemens très abondans. Elle se trouva mieux lorsqu'elle fut couchée, mais la douleur dans les reins continua et prit même plus d'intensité; des fourmillemens dans les jambes, qui avaient précédé l'invasion de ces divers symptômes, continuèrent aussi et furent remplacés par une douleur assez aiguë. Cette femme passa ainsi tout le jour sans recevoir de secours; à dix heures du soir un médecin fit une large saignée. La nuit fut assez calme; le sommeil fut interrompu par des envies fréquentes d'uriner, qui ne pouvaient être satisfaites. Déjà, vingt-quatre heures avant cette attaque, elle n'avait pu rendre ses urines.

Le 10, même état; suppression complète de l'excrétion des urines et des matières fécales; point de selles depuis trois jours. Le soir à six heures elle était dans l'état suivant:

Visage pâle, air de souffrance, décubitus dorsal; tous les mouvemens du corps, si on excepte ceux des membres supérieurs, provoquent de la douleur, surtout à la partie postérieure du tronc; la sensibilité des membres inférieurs est obtuse; dans le membre inférieur droit la paralysie du mouvement et du sentiment est presque complète. La malade ne peut se soulever, et il faut la pincer très fortement pour éveiller la sensibilité de la peau; le membre inférieur gauche peut encore se mouvoir, mais avec peine; la peau est aussi un peu plus sensible de ce côté; la vessie est distendue par l'urine; j'en retirai plus d'une pinte et demie. L'urine est ammoniacale et bleuit le papier de tourne-

sol, rougi par un acide; elle contient beaucoup de globules muqueux ou purulens. La pression cause de la douleur, non-seulement dans les deux régions lombaires, mais sur une grande surface du dos et sur les parties latérales du rachis. Il n'y a point de déviation, ni de déformation apparente de la colonne vertébrale.

La langue est humide, un peu rouge à sa pointe; soif assez vive; constipation dépendant, selon toute apparence, de la paralysie du rectum; des envies de vomir et des vomissemens de matières glaireuses ont lieu dans la soirée. Les mouvemens de la poitrine sont faciles; elle résonne naturellement, dans toute son étendue, à la percussion; l'expansion pulmonaire se fait sans râle.

Le pouls, petit et serré, bat 105 fois par minute.

La nuit est assez calme.

Le 11, à la visite, la malade était dans le même état que la veille au soir (*Ventouses scarifiées sur le trajet de la colonne vertébrale; saignée de douze onces; une bouteille d'eau de Sedlitz; eau de gomme édulcorée, deux pots*).

Le 12, la paralysie des membres inférieurs, celle du rectum et de la vessie sont au même degré; la malade n'a pas éprouvé le plus léger trouble des facultés intellectuelles. Le sang, tiré de la veine, est couenneux; le caillot s'est formé en godet; la nuit a été troublée par quelques quintes de toux (*Saignée de seize onces; eau de gomme, deux pots; cathétérisme*).

Le 13 et 14, la paralysie, limitée aux mêmes parties, n'a pas augmenté d'intensité; mêmes symptômes que la veille; le sang est encore couenneux; le caillot, toujours en godet, nage dans une grande proportion de sérum. Il y a eu pendant la nuit un peu d'agitation; râle muqueux dans les deux côtés de la poitrine; point d'expectoration; 95 pulsations par minute; point de garderobe (*Ventouses scarifiées sur le trajet de la colonne vertébrale; une bouteille d'eau de Sedlitz; lavement purgatif; eau de gomme; diète; cathétérisme*).

Le 14, les membres sont dans le même état de paralysie; la respiration est devenue un peu laborieuse; la toux est continue, sans être accompagnée d'expectoration; la peau est chaude et

moite; le pouls donne 90 pulsations. La malade se plaint de souffrir beaucoup dans le dos; elle ne peut se mettre sur son séant; une sensibilité vive à la pression et de nouveau constatée sur les cinq premières vertèbres dorsales. L'appétit est nul. Deux bouteilles d'eau de Sedlitz et un lavement purgatif, administrés depuis le 10, n'ont point encore produit de garderobe. L'excrétion des urines est nulle; la malade est sondée deux fois par jour, et chaque fois on retire une quantité considérable d'urine alcaline (*Deux rubans vésicans sur le trajet des muscles sacro-lombaires; une bouteille d'eau de Sedlitz; limonade*).

Du 15 au 18, on remarqua peu de changement dans les principaux symptômes; la paralysie des membres inférieurs n'a pas sensiblement augmenté; les membres supérieurs et l'intelligence restent intacts; le ventre est ballonné, mat et très sensible à la pression, dans la région hypogastrique, lorsque la vessie est distendue. La respiration est anxieuse; la malade tousse et ne crache pas; le visage et le tronc se couvrent de sueur; la pâleur de la face est assez prononcée.

Le 17, selle abondante et liquide, après une quatrième bouteille d'eau de Sedlitz; l'urine s'écoule involontairement, elle est alcaline (*Nouvelle application de ventouses scarifiées sur le rachis*).

Les 19 et 20, paralysie complète du mouvement et du sentiment dans les deux membres inférieurs; la paralysie gagne les parties supérieures; l'abdomen est très douloureux et ballonné; la dilatation de la poitrine se fait avec peine; la toux s'éteint par faiblesse; les membres supérieurs se paralysent; la face est très pâle et couverte de sueur; les traits sont retirés; le pouls est petit, filiforme et fréquent; les extrémités sont froides. La malade ne répond que par signes aux questions qu'on lui adresse (*Limonade vineuse; julep éthéré*).

Le 21 janvier, face cadavérique; œil terne, immobile; respiration râleuse; résolution du sentiment et du mouvement dans les membres (*Large vésicatoire sur la poitrine*).

Mort à quatre heures de l'après-midi.

Autopsie du cadavre trente-six heures après la mort. — *État*

extérieur. Maigreur et pâleur générale sans lividité à la surface du corps.

Appareil urinaire. La vessie est large et distendue par l'urine ; les parois en sont épaissies. Sur le trigone vésical, la membrane muqueuse a une teinte bleuâtre ardoisée, très prononcée; elle est parcourue par un grand nombre de veines variqueuses, gorgées de sang, et qui convergent vers le col de la vessie. Autour de cette surface triangulaire, commence une fausse membrane jaune, épaisse, adhérente, qui recouvre presque toute la membrane muqueuse de la vessie, à l'exception de sa face antérieure, qui est parcourue par un grand nombre de vaisseaux.

Le rein droit, celui qui correspondait au membre complètement paralysé, présente tous les caractères de la néphrite aiguë; il existe sur ses faces antérieure et postérieure un grand nombre d'arborisations et une multitude de petits points purulens, jaunes, isolés dans quelques places, réunis dans d'autres en petits groupes de quatre à six lignes de diamètre. La teinte jaune, produite par ces dépôts de pus, est interrompue par des stries rouges. Ces plaques purulentes font une légère saillie au-dessus du niveau de la substance corticale voisine, et il y a en outre quelques dépressions à la surface du rein, et plusieurs petits kystes dans son épaisseur. Le bassinet offre une vive injection rouge à l'angle supérieur de la scissure rénale, où l'on trouve, sous la membrane muqueuse du bassinet, une petite collection de pus. La membrane fibreuse ou externe de ce rein ne peut être détachée d'une seule pièce comme dans l'état sain; elle est fortement adhérente et se déchire même par une légère traction.

Le rein gauche présente une légère teinte ardoisée, et sa surface antérieure, des dépressions et des élevures qui lui donnent un aspect mamelonné. Plusieurs sections faites à la substance corticale ont une coloration bleuâtre et offrent des arborisations vasculaires assez fines. Le tissu des mamelons et celui de la couche corticale, plus denses que dans l'état naturel, offrent une dureté et une résistance insolites, qu'on observe souvent dans la néphrite chronique. Dans l'épais-

seur de ce rein et à sa surface, on rencontre de petits kystes remplis d'une sérosité jaunâtre. Le bassinet est légèrement injecté.

Appareil cérébro-spinal. Le cerveau et ses membranes, la moelle et les méninges rachidiennes sont dans un état de parfaite intégrité. L'examen le plus attentif n'a fait reconnaître aucune altération de consistance ou de coloration dans l'encéphale ni dans les cordons de la moelle épinière; les nerfs sont sains à leur origine; les méninges cérébrales et spinales sont lisses; le liquide des ventricules et le liquide encéphalo-rachidien sont dans les proportions physiologiques et ont leurs caractères naturels.

Après l'ablation des masses charnues qui remplissent les gouttières vertébrales, on reconnut que le corps de la cinquième vertèbre dorsale renfermait, à sa face postérieure et un peu à gauche de la ligne médiane, un petit noyau, du volume d'un gros pois, de matière tuberculeuse blanchâtre, épaisse et dure, analogue pour la couleur et la consistance au mastic des vitriers; dans le point correspondant à ce tubercule, les méninges et la moelle n'étaient ni déformées ni altérées.

Tous les autres organes n'offraient rien à noter. Le foie, la rate, le cœur et les poumons étaient sains; il y avait quelques adhérences anciennes dans les plèvres.

§ 709. Les symptômes non équivoques d'une affection de la moelle épinière, présentés par le malade dont je vais rapporter l'histoire, ont pu être une simple coïncidence d'une affection de la moelle avec une pyélo-néphrite; cependant plusieurs circonstances de la maladie (une blennorrhagie dont l'écoulement persiste pendant un an; la dysurie, l'alcalinité de l'urine, la présence de mucus et parfois des globules sanguins dans l'urine lors de l'invasion de la maladie), m'ont fait penser que la lésion des voies urinaires avait été l'origine des douleurs lombaires et de l'affaiblissement passager des membres inférieurs.

Obs. XXX.—Blennorrhagie; rétrécissement du canal de l'urèthre; hématurie; paralysie incomplète des membres inférieurs; douleurs au niveau des premières vertèbres dorsales, des vertèbres lombaires, et dans la région du rein droit; urines alternativement alcalines et acides; traitement par les ventouses scarifiées; les bains, etc.; guérison.

Bacq (Joseph-Cyprien), âgé de 19 ans, nacrier, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 27 mars 1839. Cet homme, d'un tempérament lymphatique, a la peau pâle et les membres assez développés. Il a joui d'une bonne santé jusqu'au mois de novembre dernier. A cette époque, il contracta une blennorrhagie, et fut traité de cette maladie à l'Hôpital des Vénériens, où il fit un séjour de deux mois. Durant le traitement, il survint un rétrécissement qui exigea l'introduction répétée de bougies, remplacées ensuite par une sonde à demeure. Une hématurie se déclara, et elle fut accompagnée d'une douleur dans la région du rein droit. On cessa l'emploi des bougies; les urines continuèrent d'être colorées par le sang pendant quelques jours encore; le malade sortit dans un état satisfaisant.

Huit jours après, l'hématurie reparut avec la douleur dans le flanc droit; cette douleur s'étendit à la vessie, en suivant le trajet de l'uretère. Le sang était mélangé en petite proportion avec les urines; le malade expulsait quelques caillots, non sans douleur. Bientôt il survint une faiblesse très grande des extrémités inférieures, avec tremblement et fourmillement douloureux dans ces parties. Le malade entra à l'Hôtel-Dieu et y resta huit jours. L'hématurie continua malgré plusieurs applications de sangsues, malgré les bains et les boissons adoucissantes; mais les douleurs dans les reins et dans la vessie, aussi bien que la faiblesse des extrémités inférieures disparurent. A la fin de janvier, Bacq reprit ses occupations, qui l'obligent à un exercice très fatigant du membre inférieur droit (avec le pied droit il met un tour en mouvement); mais il ne tarda pas à éprouver une récidive. Bacq ne pouvait plus travailler que deux heures par jour; le travail déterminait des douleurs très vives dans le membre inférieur et dans le

côté droit. Ces douleurs sont toujours allées en augmentant.

Le 8 mars, Bacq se présenta à l'hôpital de la Charité dans l'état suivant: depuis trois jours les urines sont légèrement colorées par le sang. La faiblesse des membres inférieurs est telle qu'elle ne permet plus au malade de se tenir debout sans appui. S'il veut faire un pas, il est agité par un tremblement général. La veille, Bacq a éprouvé un mouvement fébrile assez intense; les urines sont devenues très rares. Le matin, à la visite, on introduit une sonde dans la vessie sans rencontrer d'obstacle; elle ne donne la sensation d'aucun corps étranger, d'aucune tumeur. Le visage est injecté; soif vive; agitation, rêvasseries durant la nuit; le pouls est développé et fréquent (95 pulsations par minute); la respiration est naturelle; et les bruits du cœur, à part leur fréquence, sont normaux. Depuis trois ou quatre jours seulement, perte de l'appétit; langue un peu blanche; peau chaude et moite. L'hypogastre et le flanc droit sont sensibles à la pression; la douleur du flanc se propage dans l'aine et la cuisse droite, surtout pendant les efforts de toux. Point d'envies de vomir, ni de vomissemens. La pression sur les apophyses épineuses ne développe aucune douleur (*Emulsion, une livre; bouillon; soupe*).

Le 10, les urines sont légèrement teintes de sang; celles qui ont été rendues la veille, sont acides, tandis que les urines rendues au moment même de la visite, bleuissent le papier de tournesol, rougi par un acide. Les urines se troublent par la chaleur et donnent par l'acide nitrique un coagulum albumineux peu abondant. Ces urines contiennent en suspension quelques parcelles de fibrine et des débris d'épithélium, et donnent un dépôt d'un blanc jaunâtre, assez épais.

Le 12, la rétention d'urine a complètement disparu; le malade urine très fréquemment (dix à douze émissions dans les vingt-quatre heures), et en petite quantité chaque fois. Toutes les urines rendues dans l'intervalle de deux visites, remplissent six vases de six onces chacun. La pesanteur spécifique de l'urine est très considérable: elle s'élève à 1032. L'urine des quatre bocaux remplis la veille est acide; l'urine des deux émissions du jour, qui ont eu lieu, l'une à six heures du matin, et

l'autre à huit heures au moment même de la visite, est alcaline ; de sorte que les urines, quant à l'acidité, ont des propriétés tout-à-fait en sens inverse de ce qu'on observe ordinairement : les urines rendues la veille sont acides ; celles du matin sont alcalines.

Les 13, 14 et 15 mars, l'urine ne contient plus de sang. La fièvre est légère, mais le malade souffre à la tête, dans le bas-ventre et dans les reins ; il y a peu de sommeil ; inappétence (*Ventouses scarifiées aux lombes, pour tirer huit onces de sang ; émulsion, une livre ; bouillon, soupe, le huitième d'alimens ; diète de vin*).

Le 16, tous les symptômes sont amendés, et, à notre surprise, les urines rendues pendant la visite, sont, pour la première fois, acides comme celles de la veille.

Du 16 au 20, l'amendement se soutient, toutefois sans amélioration notable dans l'état des membres inférieurs, qui ont toujours, à peu de chose près, le même degré de faiblesse. Quand on pince la peau des cuisses, la sensibilité est obtuse. Le même état dure jusqu'au 25 ; seulement le changement favorable survenu dans les qualités de l'urine (l'acidité au moment de l'émission) ne persiste pas ; elles sont de nouveau devenues alcalines.

Le 26, recrudescence de tous les symptômes. Quelques envies de vomir, céphalalgie, injection de la face, absence complète de sommeil, agitation, fièvre, pouls dur, fréquent et développé, peau chaude, couverte de sueur au visage, douleurs dans les membres inférieurs, léger engourdissement dans les membres thoraciques, toux sans crachats (*Nouvelle application de ventouses sur les parties latérales du rachis. Émulsion, une livre ; bouillon, soupe*).

Le 28, un nouveau phénomène est venu se joindre à ceux qui ont été observés jusqu'à ce moment. La pression sur la série des apophyses épineuses développe une douleur assez vive au niveau des trois ou quatre premières vertèbres dorsales : la douleur cesse à la partie moyenne et inférieure du thorax ; puis elle se reproduit quand on presse sur les premières vertèbres lombaires. Des urines rendues dans le jour, les unes sont

acides, les autres sont alcalines. Il semble qu'elles prennent le caractère alcalin à mesure que l'émission s'éloigne davantage du dernier repas, et qu'elles deviennent acides peu de temps après le repas. Elles ne contiennent plus de sang, et ne se troublent ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique; presque incolores, elles tiennent en suspension un léger nuage.

Le 1er avril, le dépôt muqueux, vu au microscope, est composé de lamelles d'épithélium, de masses muqueuses et de granules opaques. Il n'y a point de globules de sang, ni de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, ni de cristaux d'acide urique.

Pendant le mois d'avril, le mieux qui s'était fait remarquer devint plus sensible; douleurs hypogastriques et lombaires, presque nulles. Le malade se lève et trouve bien plus de force et plus de fermeté dans les membres inférieurs. Il demande des alimens (*Bain; émulsion, une livre; la demi-portion d'alimens*).

Trois échantillons de l'urine de ce malade, rendue le 3 avril, étaient acides. L'un donna un dépôt, de couleur rosée, qui occupait le quart de la colonne du liquide; l'urine qui le surnageait était citrine, très légèrement trouble, et s'éclaircissait par la chaleur. Ce dépôt, examiné au microscope, était presque entièrement formé de poudres amorphes, mêlées à des globules noirs (urates). Les deux autres échantillons, opalins et jaunâtres, s'éclaircirent lentement par le repos. La partie supérieure de la colonne devint claire et transparente; le sédiment, d'une apparence muqueuse, était infiltré de petits cristaux d'acide urique et d'une poudre amorphe. Un grand nombre de cristaux d'acide urique adhéraient aux parois du vase; d'autres, très jaunes et volumineux, flottaient dans le liquide; plusieurs étaient appliqués les uns sur les autres en rosaces.

Les urines de ce malade ont encore beaucoup varié d'aspect: tantôt troubles et donnant un dépôt abondant de couleur jaune très prononcée; d'autres fois limpides, rougissant tantôt le papier bleu de tournesol, et d'autres fois bleuissant le même papier rougi par un acide.

Enfin, le malade est entré en convalescence. Je l'ai engagé à prolonger son séjour à l'hôpital, afin d'assurer sa guérison. N'éprouvant plus de faiblesse dans les membres, et les fonctions digestives étant bonnes et régulières, il est sorti le 28 avril. Depuis quelques jours, les urines donnaient, constamment, une réaction acide.

Obs. XXXI. — Douleurs aux lombes, surtout à la région rénale droite; urines alcalines, lors même qu'elles sont rougeâtres et chargées de globules sanguins; engourdissement et faiblesse dans les membres inférieurs; application de ventouses scarifiées aux lombes; guérison.

Moret (Dominique), âgé de 44 ans, ouvrier sur les ports, entra à l'hôpital de la Charité, le 20 mai 1839.

Cet homme, d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, a eu, il y a cinq ans, une blennorrhagie, dont il fut traité à l'hospice des vénériens. L'inflammation passa à l'état chronique, et il conserva un écoulement blanc, transparent, durant plus d'une année.

En janvier 1838, Moret ressentit une douleur très vive aux lombes, surtout du côté droit, avec dysurie; douleur suivie d'un engourdissement et d'une très grande faiblesse dans les extrémités inférieures. Il garda le lit pendant trois semaines, et fut délivré de ses douleurs par une application de sangsues, et par des bains tièdes.

Le 20 mai, cet homme, étant occupé à décharger un bateau plein de charbon de terre, fut pris tout-à-coup d'une douleur à la région lombaire droite, et fut obligé de quitter à l'instant même l'instrument dont il se servait pour remuer le charbon : il se fit transporter à l'hôpital, ayant de la peine à se soutenir sur ses jambes.

Il se plaignait d'éprouver des douleurs vives aux lombes et au sacrum; tous les mouvemens des lombes étaient douloureux. La face était très rouge; la peau chaude, et le pouls développé (90 pulsations par minute). Du côté droit, la région rénale était plus sensible à la pression que du côté gauche; la langue était humide et rosée; point d'envies de vomir; respiration naturelle. Les urines étaient muqueuses et fortement alca-

lines, et l'émission en était fréquente (*Limonade, deux pots; ventouses scarifiées à la région lombaire, pour tirer huit onces de sang; bains; bouillon, soupe*).

Le 22, les douleurs lombaires sont moins vives; le malade change plus facilement de position dans son lit; il peut se soutenir sur les membres inférieurs. Les urines sont très alcalines et muqueuses; soulagement (*Tisane de chiendent et réglisse; crême de tartre, un gros; bain; bouillon, soupe*).

Le 23, le malade est encore mieux que la veille. La douleur persiste à la région lombaire droite, mais elle a diminué; les mouvemens sont plus faciles. Le malade a uriné cinq fois seulement depuis 24 heures; les urines sont moins muqueuses et toujours alcalines (*Tisane de chiendent et réglisse, avec crême de tartre, un gros*).

Le 24, les urines, pour la première fois, sont acides et d'une couleur naturelle; cet état persiste jusqu'au 31 mai.

Le 1er juin, la région rénale droite est de nouveau le siège d'une douleur qui s'exaspère à la pression; les urines sont alcalines, rougeâtres et chargées de globules de sang et de mucus (*Nouvelle application de ventouses pour tirer huit onces de sang; tisane de chiendent et de réglisse, avec crême de tartre, un gr os bouillon, soupe*).

Deux jours après, la fièvre et la soif avaient cessé, et la douleur lombaire avait diminué. Le malade se promène un peu dans la salle; les urines sont redevenues acides.

Le 6 juin, les urines sont de nouveau alcalines, de manière à bleuir très légèrement le papier de tournesol rougi par un acide.

Deux jours après, elles ont repris leur acidité naturelle.

Cet homme sort guéri le 8 juin.

§ 710. A ces faits, je puis ajouter sommairement celui d'un homme nerveux et mélancolique, âgé d'environ 40 ans, et qui, après avoir mené une vie active dans les affaires, perdit sa femme à l'age de 35 ans environ. Depuis lors, n'ayant que rarement des rapports sexuels, il devint sujet à des pollutions nocturnes. De violens chagrins, la crainte non fondée de l'im-

puissance agirent fortement sur son esprit. Joignez à cela un mauvais état habituel des organes digestifs.

Depuis quelque temps, M. D. avait déjà remarqué qu'en marchant son pas n'était pas *ferme;* mais ce ne fut qu'à Boulogne-sur-Mer que son attention fut particulièrement attirée sur ce fait, après avoir été saisi d'une raideur dans la jambe droite; raideur qui disparaissait peu-à-peu, et qui revenait par intervalle et s'accompagnait d'un sentiment de froid et quelquefois de démangeaison dans la partie affectée.

Quelque temps après, à Londres, étant occupé d'un travail sérieux, M D. aperçut que son pied gauche s'enflait et que ses urines ét ient *troubles*. Des médecins habiles, après un examen soigneux, émirent l'opinion qu'il y avait, chez M. D., une maladie au col de la vessie, un léger dérangement des reins et un mauvais état de la santé générale. Ils conseillèrent des sangsues à l'anus, des préparations d'aloès et de fer, la quinine, des bains tièdes, un régime doux et un exercice modéré.

Sous l'influence de ce traitement (la quinine seule n'a pas été prise), la santé de M. D. s'est considérablement améliorée.

M. D. a les pupilles très petites et fortement contractées. M. D., en marchant, n'a pas le pied ferme et assuré, surtout le pied gauche, et il ne peut se tenir fixement sur un seul pied. Cependant cette faiblesse des jambes est très variable en intensité d'un jour à l'autre; par momens, il marche avec l'aplomb d'un fantassin, tandis que dans d'autres il est mal assuré sur ses jambes. Il éprouve une lassitude et une faiblesse dans les reins et dans le bassin, et dans les voies urinaires une excitation accompagnée d'envies d'uriner; mais ces envies ne sont presque jamais impérieuses, ni très douloureuses. La même excitation existe dans les organes de la génération. J'ai constaté que le sperme contenait des animalcules et en grand nombre. M. D. a maigri notablement; il pèse vingt livres de moins qu'il y a dix ans, et quatre de moins qu'en novembre dernier. M. D. croit aussi avoir perdu de l'activité de son esprit.

L'urine de M. D. attira particulièrement mon attention. Elle

était souvent neutre, quelquefois alcaline, et d'autres fois légèrement acide; elle était toujours pâle et trouble, et laissait, sans s'éclaircir complètement, un petit dépôt blanc opaque au fond du vase. Bientôt (quelques minutes ont quelquefois suffi), il se formait à sa surface un crémor iridescent, cristallisé. Le dépôt blanc opaque, vu à l'inspection microscopique, était principalement composé de globules purulens; le crémor, de cristaux volumineux de phosphate ammoniaco-magnésien, mélangés (quand l'urine avait été exposée plusieurs jours à l'air) de cristaux grenus et de couleur foncée (urate d'ammoniaque).

Cette urine contenait, en outre, un nombre considérable de granules paraissant doués d'un mouvement moléculaire. J'ai comparé ces granules tour-à-tour aux granulations qu'on observe quelquefois dans la liqueur spermatique et dans le liquide prostatique, et à ceux qui résultent de la décomposition des globules purulens. La recherche la plus minutieuse ne décelait pas la présence de véritables animalcules spermatiques dans ces urines. Il est bien certain, au moins, qu'il n'y avait rien d'analogue à ce qui existait dans le sperme de M. D., que j'ai observé comparativement.

Je ne puis m'empêcher de remarquer, quoique ce ne soit pas le but principal que je me suis proposé, la ressemblance frappante des symptômes observés dans ce cas, avec ceux qu'on attribue en général aux *pertes séminales*. Et pourtant, chez M. D., l'existence d'animalcules dans le sperme et leur absence dans l'urine, ne permettent point de rattacher cette maladie aux pertes séminales. C'est évidemment (bien que l'altération de l'urine n'ait été constatée par moi, qu'après le développement des premiers symptômes de la paralysie), un cas de paraplégie consécutive à une lésion des voies urinaires.

L'état de ce malade a été amélioré par les bains sulfureux.

§ 711. Je pourrais encore ajouter un autre fait : celui d'un homme sujet à des flatuosités, et qui, après avoir eu une gonorrhée, fut atteint, plusieurs années après, de douleurs dans la région prostatique, puis d'une cystite calculeuse. La pierre fut broyée avec succès, mais une rétention d'urine, qui avait précédé l'opération, persista après. Le malade était obligé, chaque

jour, de vider la vessie, et l'introduction de la sonde était presque constamment douloureuse.

Cependant le patient continuait d'aller et venir, et vaquait à ses affaires. Plus tard, la peau du périnée devint comme engourdie, le passage de la sonde fut moins douloureux; mais il survint des douleurs nerveuses dans les jambes, dans les cuisses, dans les fesses et autour du tronc; puis, enfin, il se déclara une paraplégie qui résista aux ventouses scarifiées, aux moxas et aux bains sulfureux.

§ 712. *Rapports de la pyélite avec les maladies des organes de la circulation.*

J'ai plusieurs fois observé l'injection des vaisseaux des bassinets dans les maladies du cœur ou des gros vaisseaux : je ne connais aucune autre relation pathologique entre ces parties. Les anévrysmes de l'aorte abdominale peuvent coïncider avec des lésions rénales; mais ces faits sont rares.

Les désordres dans l'abdomen étaient si nombreux et si variés dans le cas suivant, qu'il peut être cité comme un exemple remarquable d'un diagnostic des plus difficiles.

Obs. XXXII. — Tumeur dans le flanc gauche; urine ammoniacale, purulente et glaireuse; expulsion, par l'urèthre, de petits calculs de phosphate ammoniaco-magnésien; petits calculs dans les calices; dilatation des bassinets; calculs dans la vessie; tubercules ramollis, agglomérés au-devant et au côté gauche de la colonne lombaire et unis par des adhérences intimes avec la rate; énorme poche anevrysmale communiquant avec l'aorte; tronc cœliaque détruit. Kyste dans l'hémisphère cérébral droit; obturation du col de l'utérus.

Jouel, domestique, âgée de 60 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 5 septembre 1837, et y mourut le 16 mai 1838, après un séjour de sept mois et dix-sept jours.

Cette femme était presque toujours alitée, à cause de son extrême faiblesse, qui ne lui permettait pas même de rester, pendant une heure, assise sur son lit. Maigreur, face pâle, sillonnée de rides, peau sèche, pouls très petit, donnant 85 pulsations par minute. Cette femme parlait peu et faisait attendre

assez long-temps les réponses aux questions qu'on lui adressait. A la partie externe et antérieure de l'hypochondre gauche, on sentait une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, et d'une dureté comme cartilagineuse. Cette tumeur bosselée, mate et douloureuse à la percussion, donnait, en quelques points seulement, une sensation obscure de fluctuation. La région hypogastrique était sensible à la pression, et la malade éprouvait souvent des démangeaisons ou des picotemens dans le canal de l'urèthre.

Les urines, d'un jaune citron, troubles au moment de l'émission, toujours alcalines et d'une odeur ammoniacale très prononcée, laissaient déposer, quelques heures après leur émission, une couche épaisse d'une matière blanche, grisâtre, visqueuse et filante pendant la décantation. Examiné au microscope, le dépôt était composé de myriades de globules de pus, agglomérés, et retenant au milieu d'eux, comme dans un réseau, un grand nombre de cristaux prismatiques de phosphate ammoniaco-magnésien.

Habitant Paris depuis son enfance, cette femme a fait plusieurs métiers, qui, presque tous, lui ont imposé l'obligation de mener une vie très sédentaire. Elle se nourrissait principalement et par goût de substances végétales, buvait à ses repas un peu de vin, et après son dîner une petite tasse de café. Elle habitait un appartement commode et sain. Elle n'a jamais été sujette aux rhumatismes; n'a jamais eu d'attaque de goutte, ni d'accès de fièvre intermittente. A l'âge de 38 ans (quatre mois après avoir accouché de son unique enfant), elle ressentit, à la suite d'un effort pour soulever un matelas, une vive douleur et comme une sensation de rupture dans le ventre; une descente de matrice s'opéra. Malgré cet accident, elle continua de travailler (elle était alors femme de ménage dans un hôtel garni), et de cette époque datent ses souffrances. Elle ne peut dire cependant, quand, ni comment cette tumeur du ventre commença. Toujours est-il que l'origine n'en paraît pas antérieure à cet accident, et qu'il n'y a que quelques années que la tumeur a commencé à devenir le siège de douleurs qui annonçaient ordinairement l'émission prochaine, par l'urèthre, d'un

ou de plusieurs calculs. Onze calculs ont été rendus jusqu'au mois de janvier, et quelques-uns pendant le séjour de la malade à l'hôpital. Je les ai analysés, et j'ai constaté qu'ils étaient formés de phosphate ammoniaco-magnésien. Jamais la diminution dans la quantité de l'urine émise en vingt-quatre heures, n'a été accompagnée d'une augmentation appréciable du volume de la tumeur rénale.

A la fin du mois de janvier 1838, la malade fut prise d'un catarrhe pulmonaire intense qui persista jusqu'au commencement du mois de mars. Les secousses de la toux retentissaient douloureusement dans la tumeur abdominale, où elles finirent par déterminer des élancemens, dont l'intensité fit redouter le développement d'une péritonite. Il y eut en effet des vomissemens et de la diarrhée; le ventre était très douloureux à la pression et ballonné. Le pouls, plus petit qu'auparavant, n'avait pas acquis une fréquence en rapport avec les douleurs de l'abdomen. Au bout d'une dizaine de jours, les vomissemens et la douleur abdominale se calmèrent, mais le dévoiement persista opiniâtrément; à chaque ingestion d'alimens ou de boissons, la malade était obligée de s'asseoir sur le bassin (*le quart de la portion des alimens*).

Le 8 avril, une incontinence d'urine survint, et elle persista jusqu'à la mort. Le dévoiement cessa vers la fin d'avril.

Au commencement de mai, la malade était d'une faiblesse telle, qu'elle ne faisait presque plus de mouvement dans son lit; elle ne prononçait que quelques mots pour demander ce qui lui était absolument nécessaire; elle était presque continuellement assoupie, ne mangeait pas, buvait un pot de tisane, et prenait un julep calmant. La respiration était faible, les battemens du cœur, lents et réguliers, étaient très sourds, le pouls était presque insensible; les extrémités habituellement froides. Le malade s'éteignit doucement le 16 mai, dans la matinée.

Autopsie du cadavre. — Habitude extérieure. Rigidité des membres et du cou.

Abdomen. La cavité péritonéale contient quelques onces d'une sérosité jaune, transparente, sans mélange de fausses mem-

branes. Le grand épiploon, la surface péritonéale de l'intestin, et quelques points de la face pariétale de cette membrane sont parsemés de tubercules miliaires. Le colon transverse est refoulé en bas et à droite jusqu'au niveau de l'ombilic. Le cœcum et presque tout le paquet intestinal sont contenus dans la cavité du petit bassin. Le foie adhère intimement, par la surface convexe de son grand lobe, avec le diaphragme, au moyen de pseudo-membranes épaisses, jaunâtres, parsemées de tubercules miliaires. Il a conservé son volume normal; mais il présente un grand nombre de tubercules jaunâtres, disséminés dans son épaisseur. Il y a aussi dans cet organe une dizaine de kystes, dont le volume varie, depuis celui d'un grain de chenevis jusqu'à celui d'une noisette, et dont les parois, fort épaisses, formées par une membrane blanchâtre, sont enduites d'une bile verdâtre, concrétée. Ces petits kystes ne communiquent pas avec les canaux biliaires. La vésicule biliaire contient trois calculs, à facettes, du volume d'une petite noisette. Il n'y avait pas d'obstacle au cours de la bile dans les conduits biliaires.

Le déplacement du paquet intestinal et surtout du colon transverse est dû à la présence, dans le côté gauche de l'abdomen, d'une tumeur bosselée qui a contracté en haut des adhérences avec l'estomac, et en avant avec le colon transverse et une anse de l'intestin grêle. Les bosselures sont formées par d'énormes tubercules ramollis, dont on fait sortir une matière un peu visqueuse, d'un jaune verdâtre. Le rein gauche, perdu au milieu de ces tubercules, se trouve en contact par sa face antérieure avec l'ombilic; sa face postérieure, adhérente à cette masse tuberculeuse, est éloignée de deux ou trois pouces de la colonne vertébrale.

La rate forme la partie externe de la tumeur; son bord tranchant fait saillie au niveau du bord externe du muscle droit. Par sa face concave, la rate adhère au paquet tuberculeux; en haut, un de ces tubercules a pénétré dans l'épaisseur du tissu de cet organe. Au-dessous de ces différentes parties, existe un épanchement de sang qui remplit la partie externe de l'hypochondre et la fosse iliaque gauche, et qui s'étend dans le petit bas-

sin. La rate a cinq pouces de long, cinq pouces dans son diamètre transversal, et trois pouces d'épaisseur. Sa membrane externe, épaissie, est recouverte de fausses membranes, surtout au-dessus des masses tuberculeuses, situées dans son parenchyme. Son tissu, induré, d'une teinte rouge brunâtre, est parsemé d'une infinité de granulations tuberculeuses, de forme très irrégulière. Dans quelques points, cette matière tuberculeuse est réunie en masses, de près d'un pouce d'épaisseur, qui toutes sont plus denses que le tissu de la rate lui-même.

Les deux reins ont le même volume ; ils ont cinq pouces de long, et un pouce et demi dans leur diamètre transversal. Le rein gauche est mou et fluctuant comme les tubercules ramollis qui l'entourent. Le tissu cellulaire qui enveloppe le rein droit, est épaissi et criblé de granulations tuberculeuses. La mambrane externe des reins est épaissie, d'une teinte opaline, et tellement adhérente à la substance corticale qu'il est impossible de l'en séparer sans la déchirer. La substance corticale du rein droit est bosselée, ratatinée, et a tout au plus une ligne d'épaisseur au niveau de la base des cônes. Ceux-ci sont tuméfiés et injectés de sang. Le bassinet est dilaté, au point que sa cavité pourrait contenir une grosse noix ; l'uretère a son volume normal ; la membrane muqueuse qui le tapisse est très injectée ; dans l'un des calices on trouve quelques petits calculs. La substance corticale du rein gauche, un peu moins atrophiée que celle du rein droit, ne présente à sa surface aucune des inégalités qu'on observe sur cette dernière ; les cônes de la substance tubuleuse sont aplatis de leur sommet à leur base, et se présentent sous la forme de plaques radiées, qui, avec les calices dilatés, complètent des cavités pleines de pus, dans lesquelles on peut facilement introduire l'extrémité du pouce. Le bassinet du rein gauche est au moins trois fois plus grand que celui du côté opposé. Sa membrane interne a l'aspect ardoisé qu'on observe quelquefois dans les pyélites chroniques. Il y a dans les cônes quelques granulations tuberculeuses, et dans les calices quelques petits calculs. L'uretère passe à travers les masses tuberculeuses, et présente une sorte d'aplatissement. Il n'y a point de

calculs dans les uretères, mais il en existe trois dans la vessie. Ces calculs, du volume d'une noisette, sont d'un blanc grisâtre, grenus à leur surface, et présentent, chacun, une ou deux facettes. Ils sont formés de phosphate ammoniaco-magnésien. La vessie est contractée; sa membrane muqueuse forme des plis très saillans et très injectés; mais elle n'est pas ramollie.

Il existe, au-dessous de la membrane interne de l'aorte, un grand nombre de concrétions crétacées. L'orifice du tronc cœliaque est tapissé de concrétions fibrineuses, rosées. Ces caillots enlevés, l'orifice du tronc cœliaque se présente sous la forme d'un anneau mousse, épaissi par le dépôt d'une couche de matière athéromateuse au-dessous de la membrane interne de l'artère. Cet orifice fait communiquer l'aorte avec une vaste poche, remplie de caillots sanguins, située contre la colonne vertébrale, les muscles lumbo-sacrés, psoas et iliaque, et au-dessous de la rate et du rein gauche, dont elle est séparée par des masses tuberculeuses ramollies. Cette poche s'étend depuis l'orifice du tronc cœliaque jusque dans la cavité du petit bassin, dont elle remplit une partie du côté gauche. Près de l'orifice cœliaque, on ne découvre aucune trace de la membrane fibreuse de l'artère; la couche athéromateuse est fortifiée par la stratification de couches fibrineuses dont la densité et la consistance diminuent à mesure qu'elles sont plus rapprochées du centre de la poche, où l'on rencontre des caillots sanguins très mous; disposition qu'on observe dans l'étendue de près de trois pouces, à partir de l'orifice cœliaque. Entre ce premier foyer et le reste de la poche, il existe une espèce de diaphragme perforé à son centre. La dernière portion de la poche, qui est la plus grande et qui s'est formée, sans doute, consécutivement à la première, n'a qu'une paroi mince et transparente (le péritoine) qui laisse voir, en plusieurs points, la couleur rouge-noire des caillots qu'elle contient. Là, point de couches fibrineuses, accumulées les unes sur les autres, mais seulement près d'une livre de caillots également rouges, également consistans, logés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La membrane muqueuse de l'œsophage est rouge et ramol-

lie en quelques points. L'estomac, considérablement rétréci, a la forme d'un intestin; il a contracté adhérence avec la tumeur; sa membrane muqueuse, ainsi que celle de l'intestin, ne présente aucune altération.

La matrice est tout-à-fait déformée. Son corps, au lieu d'être ovoïde, est allongé de haut en bas, et il a près de trois pouces de long. Supérieurement, elle est grosse comme une aveline, puis elle s'effile en bas, près de son col, dont le museau fait saillie en dehors des parties génitales. Le col de l'utérus, parsemé de cicatrices, présente une dépression centrale dans laquelle on ne peut faire pénétrer un stylet; il est complètement oblitéré. La membrane muqueuse qui le recouvre, ainsi que le vagin, est très épaissie.

Poitrine. Quelques adhérences pleurétiques, anciennes; engouement de la partie postérieure de la base des poumons, et çà et là quelques petites masses tuberculeuses. Le cœur est très petit; les parois du ventricule gauche, hyperstrophiées concentriquement, ont huit lignes d'épaisseur, tandis que celles du ventricule droit n'en ont qu'une et demie. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est rétréci par un épaississement de ses valvules.

Tête. Dans le centre de l'hémisphère droit du cerveau, il y a deux petits kystes qui paraissent être consécutifs à d'anciens foyers apoplectiques.

§ 713. *Rapports de la pyélite avec les maladies des organes de la respiration.*

J'ai peu de chose à dire sur les rapports des maladies de la plèvre et des poumons avec les inflammations calculeuses ou non calculeuses des conduits excréteurs des reins.

Il est rare de trouver les bassinets et les calices des reins enflammés chez les *phthisiques*, à moins qu'il n'existe une affection tuberculeuse de ces conduits excréteurs (Voyez : TUBERCULES DES REINS), ou bien un ou plusieurs calculs rénaux. Cette dernière complication est même des plus rares : sur 452 phthisiques que j'ai soignés à l'hôpital de la Charité pendant les années 1837, 1838, 1839 et 1840, je n'ai noté que deux cas de pyé-

lite calculeuse ; et dans tous les deux la phthisie avait été *consécutive* à la maladie des voies urinaires. Les observations suivantes doivent donc être considérées comme appartenant à une série de faits tout-à-fait exceptionnels :

Fabrice de Hilden (1) parle d'une fille de 10 ans environ, phthisique (avec tumeurs mésentériques), dans le rein droit de laquelle il y avait un calcul.

Il cite, en outre (2), d'après Blandini, le cas d'un homme de 25 ans, mort de *consomption* et d'un calcul vésical, et chez lequel le rein gauche était transformé en un sac rempli de sanie; l'autre rein était volumineux, et sa substance était altérée.

Barth. Timæus, cité par Bonet (3), parle d'un phthisique qui avait un calcul dans l'un et l'autre reins et un troisième calcul dans l'uretère du côté droit.

Th. Bartholin parle d'un homme, mort après avoir éprouvé une forte *dyspnée* (4), et chez lequel on trouva un calcul de la grosseur du pouce dans l'uretère du côté droit.

Foreest (5) donne l'observation d'un goutteux, mort phthisique, et chez lequel on trouva des calculs dans les reins. J'ai rapporté (§ 452) un cas de pyélite calculeuse, avec tubercules crus dans les poumons, publié par Morton.

J'ai publié plusieurs observations qui prouvent, suivant moi, que la phthisie pulmonaire peut être une des conséquences de l'inflammation chronique des bassinets et des reins.

En résumé, tant que l'inflammation du bassinet ne se propage pas à la substance des reins, elle a rarement une influence notable sur les poumons, et même sur la constitution, s'il n'existe pas d'obstacle au cours de l'urine. Presque toutes les fois, au contraire, qu'à la suite d'une inflammation chro-

(1) Fabrice de Hilden. *Cent.* 1, *obs.* 70, cité par Bonet. *Sepulc.*, t. 1, p. 721.

(2) Ibid. *Cent.* 10, *obs.* 50, cité par Bonet. *Sepulc.*, t. 1, p. 714.

(3) Timæus (Balth.). *Casus med. et obs. pract.* Lib. VI, epist. 7, *cité* par Bonet. *Sepulc.*, tom. 1, p. 720.

(4) Bartholin (Th.). *Cent.* II, *hist.* 32, cité par Bonet. *Sepulc.* t. 1, p. 711.

(5) Forestus. *Obs. curat med.* Lib. XV, obs. LI. — Lib. XXIX, obs. XXIV. — Bonet. *Sepulcr.*, t. 1, p. 704.

nique des bassinets, il survient une double néphrite chronique, des affections pulmonaires plus ou moins graves s'engendrent sourdement.

§ 714. Je me borne à rappeler ici qu'on a vu des collections purulentes dans le bassinet et les calices dilatés, se faire jour à travers les poumons et occasioner des pleurésies et des pneumonies (*Voyez* FISTULES RÉNALES PULMONAIRES).

§ 715. *Rapports de la pyélite avec l'hydropisie.*

La pyélite calculeuse détermine quelquefois une diminution très notable de la sécrétion de l'urine, et j'ai vu des cas dans lesquels ce phénomène a été accompagné ou suivi d'épanchemens séreux, soit dans la cavité de l'abdomen, soit dans d'autres parties du corps. Tulp (1) rapporte le cas d'un homme dont les reins contenaient, chacun, un calcul volumineux, et dans la poitrine duquel il y avait trois livres de sérosité. Lieutaud (2) raconte que, chez un homme, âgé de 30 ans, l'urine se supprima complètement dans une violente attaque de douleur néphrétique. Après la mort, qui eut lieu le sixième jour, on trouva quatre livres de sérosité sanguinolente dans la cavité du ventre : les reins, transformés en des espèces de poches, contenaient une urine trouble et plusieurs calculs.

Borrisch (3) dit qu'à l'ouverture du corps d'un homme qui avait eu antérieurement une ascite, on trouva le rein gauche réduit en putrilage, et l'uretère du côté droit obstrué par un calcul.

Houllier (4) rapporte qu'à l'ouverture d'un ascitique, dont les urines avaient été supprimées deux jours avant la mort, on trouva le rein gauche presque entièrement détruit et rempli par une humeur sanieuse. Le rein droit était occupé par un calcul qui obstruait l'uretère à son origine.

On pourrait objecter sans doute que dans ces cas rapportés d'une manière trop concise, il pouvait exister d'autres causes

(1) Tulpii *Obs. med.* Lib. II. obs. XLIV, in-12. Lugd. Batav. 1716.

(2) Lieutaud, *Hist. anat.* Lib. I, obs. MCXXVII. Voyez aussi : obs. MCXXII.

(3) Borrisch, *cité* par Lieutaud. *Hist. anat.* Lib. I, obs. MCXVIII.

(4) Houllier, *cité* par Lieutaud, *ibid*, obs. MCXIX.

d'hydropisie (1); mais plusieurs faits dont j'ai été témoin (Obs. xv) ne laissent aucun doute sur la possibilité du développement d'une hydropisie à la suite d'une semblable lésion des reins.

§ 716. *Rapport de la pyélite avec les fièvres.*

On lit dans plusieurs observations de pyélite que les malades ont offert, avant la mort, des accès de fièvre (2), et plus souvent encore des états fébriles continus, souvent d'un très mauvais caractère (3). Ces accès de fièvre et ces états fébriles indiquent presque toujours un nouvel état d'acuité de l'inflammation du bassinet et du rein lui-même, ou bien un trouble général dépendant du défaut d'accomplissement des fonctions rénales, trouble analogue à celui qu'on observe souvent dans les cas d'ischurie ou de rétention d'urine indépendante de calculs rénaux. Ces accès fébriles, souvent accompagnés de nausées et vomissemens, et de délire, de coma ou de convulsions dans les cas les plus graves, n'offrent pas le gonflement de la rate si commun dans la fièvre intermittente légitime. De tous les remèdes qu'on peut tenter contre ces accès fébriles, celui qui offre le plus de chances de succès, consiste en ventouses scarifiées appliquées aux lombes. Mais que peuvent nos agens thérapeutiques, lorsque le parenchyme des reins est désorganisé, lorsque les bassinets et les calices sont remplis de pus, lorsque les substances rénales sont atrophiées, ou lorsqu'il se déclare des symptômes non équivoques de résorption purulente, de perforations du rein dans l'intestin, dans le péritoine, etc.?

Ces accès fébriles sont toujours un symptôme des plus fâcheux, dont le retour ne peut être sûrement prévenu par le sulfate de quinine administré aux doses les plus élevées.

(1) Dans un cas cité par Meekren (*Obs. med. chirurg.* cap. xlv), il y avait à-la-fois des calculs dans les reins et une maladie du foie.

(2) Rust. *Magazin für die gesammte Heilkunde*, B. xxix, S. 554.

(3) *Medicinische Zeitung*, 1832, n. 6. — Hufeland. *Journal der prak. Heilkunde*, Oct. 1832, S. 96. — *Mémoires de l'Acad. royale de Chirurgie*, tom. I, p. 401. — Gerson. *Magazin des auslændischen Litteratur*, 1828, H. 6, S. 460. — Howship, *loc. cit.*, p. 147.

§ 717. *Rapports de la pyélite avec la goutte.*

Depuis long-temps on a cru remarquer un rapport réel entre la goutte, les calculs urinaires et les inflammations qu'ils produisent dans le rein ou son conduit excréteur (1). M. Liebig (2) a soutenu tout récemment que la pierre et la goutte n'étaient qu'une seule et même maladie dont la direction était modifiée par l'influence du climat et du genre de vie. Toutefois il n'y a pas entre la goutte et les calculs urinaires un rapport aussi général que ces opinions semblent l'indiquer. Le seul rapport bien démontré est celui de la goutte avec les calculs uriques ; et ce fait explique un passage de Hoffmann dans lequel il dit (3), avec raison, qu'il est plus ordinaire de voir la pierre se développer chez un goutteux que la goutte chez un calculeux.

La plupart des remarques que j'ai faites à l'occasion de la néphrite goutteuse, sont applicables à la pyélite. Je me bornerai donc, ici, à rapporter une observation curieuse de M. Ribes fils :

Obs. XXXIII. — Emission de graviers dans l'enfance; après l'âge mur, alternatives d'accès de goutte et de douleurs néphrétiques ; souvent urines sanguinolentes et purulentes; bons effets de la térébenthine contre la goutte et la sécrétion morbide du mucus (Ribes fils. *Diss. sur la néphrite calculeuse*, n. 152, soutenue le 24 juillet 1824, p. 35).

Un herboriste, âgé de 60 ans, d'un assez grand embonpoint, était depuis près de sept ans retenu dans la chambre par des accès alternatifs de goutte et de néphrite qui ne lui laissaient presque point de repos. Depuis son enfance il avait très souvent rendu des graviers ; il avait les articulations des doigts et des orteils pleines de nodosités, les pieds et les mains singuliè-

(1) Voyez : Buchner. *De nexu podagræ cum calculo renum et vesicæ*, Halle, 1752. — Schrœder. *Diss. de cognatione inter arthriditem et calculum*, Gœttingen, 1768.— Heim. *Disst. de origine calculi in viis urinariis, et quatenus arthritidis est effectus*, Halle, 1772.— Sydenham. *Opera*, p. 390 et 422.

(2) *Annalen der Pharmacie*, B. III, H. 1, S. 110, 1832.

(3) Hoffmann. *Med. rat.*. tom. IV, pars 2, p. 365.

rement difformes. Il rendait souvent du sang et du pus avec les urines, qui avaient une odeur fétide. Cet homme racontait que, lorsqu'il était dans le fort d'un accès de goutte, la saignée le soulageait; quand il s'était fait saigner au commencement, son accès avait toujours été plus fort. Il avait d'abord cru que, s'il se faisait tirer du sang dans l'intervalle, il rendrait l'accès suivant moins intense; mais il avait éprouvé continuellement le contraire. Le plus souvent l'accès était plus fort et plus rapproché, de sorte qu'il avait pris le parti de ne se faire saigner que lorsque les douleurs étaient portées au plus haut degré et qu'elles étaient intolérables. Il se trouvait alors soulagé presque immédiatement après la saignée, et la suite de l'accès devenait supportable. Le médecin qu'il consulta en dernier lieu, lui conseilla contre les accidens de la néphrite, l'usage de la tisane de bourgeons de sapin, ou de l'eau de goudron. Il répondit qu'on lui avait déjà proposé la tisane de bourgeons de sapin, non pas contre la gravelle, mais contre la goutte; qu'on lui avait assuré que cette tisane, prise à forte dose, était un remède souverain non-seulement pour apaiser et éloigner les accès de goutte, mais encore pour guérir radicalement cette maladie. Il ajouta que, par son état d'herboriste, il avait eu occasion de faire prendre cette tisane à quelques malades goutteux, et qu'effectivement ils s'en étaient très bien trouvés; mais malheureusement il n'en avait pu faire usage pour lui-même parce que toute sa vie il avait eu une répugnance invincible pour les boissons aqueuses, il en pouvait seulement prendre quelques gorgées et encore de loin en loin; en revanche, il aimait beaucoup le vin et les liqueurs fortes, et en grande quantité, et il en buvait souvent. D'après la répugnance qu'il éprouvait pour les boissons aqueuses, on lui proposa de lui faire prendre de la térébenthine. Il y consentit. Voici l'effet que cette substance produisit sur le malade, et la manière dont il en fit usage.

On fit composer une masse avec demi-once de térébenthine molle et demi-once de poudre de réglisse; on divisa cette masse en trente pilules. Le malade en prit dix le matin, dix à midi, et dix le soir. Dès le premier jour il urina beaucoup; l'u-

rine devint très odorante et perdit l'odeur infecte qu'elle exhalait auparavant. Il n'eut point de coliques, les selles ne furent point augmentées, mais les matières qu'il rendit paraissaient avoir les caractères de la térébenthine délayée ou liquide. Un mois après, le malade se trouva assez soulagé : il avait rendu une assez grande quantité de petits graviers ; l'écoulement du sang et de pus avec l'urine était moins abondant. On lui conseilla alors de prendre six gros de térébenthine divisés en quarante-cinq pilules ; il en prit quinze le matin, quinze à midi, et autant le soir. Mais, le premier jour de cette augmentation de dose, il sentit de la chaleur et un poids très incommode dans l'estomac ; il eut des envies de vomir, le ventre devint tendu et un peu douloureux ; il eut plusieurs garderobes ; ce qui engagea à diminuer la dose et à la réduire à demi-once par jour et à dix pilules par prise. L'emploi en fut continué ; toutefois on diminua graduellement la dose de la térébenthine à mesure que les accidens s'apaisaient ; de demi-once on descendit à trois gros, ensuite à deux gros dans la journée ; mais à cette dose le malade en continua l'usage pendant dix-huit mois et avec un succès inespéré. Les reins étaient presque entièrement dégorgés ; il n'éprouvait presque plus de douleur vers les lombes, et, chose remarquable, c'est que les accès de goutte devenaient moins intenses, beaucoup plus éloignés, et ils seraient devenus peut-être plus rares si le malade avait fait moins d'excès de vin et de liqueurs fortes. Se trouvant mieux, il partit pour la Bourgogne, son pays natal.

§ 718. *Rapport de la pyélite avec les affections de la peau.*

M. Civiale cite le fait suivant : « Un malade, à son entrée dans le service des calculeux, faisait des efforts tellement considérables pour uriner, que, dans l'espace d'une nuit, la peau fut soulevée par un *gonflement érysipélateux* occupant la presque totalité du corps. La vessie était appliquée avec tant de force sur la pierre qu'il en résultait une exhalation de sang, que le malade rendait par gouttes et mêlé à l'urine. Celle-ci devint de plus en plus rare, quoique les efforts fussent inouïs et le malade menacé de congestion cérébrale. On pratiqua plu-

sieurs saignées générales et locales, qui ne diminuèrent pas les contractions de la vessie. L'urine se supprima, la fièvre survint, et le malade mourut. La vessie, dont les parois avaient beaucoup d'épaisseur, était collée à la pierre : sa membrane muqueuse avait une teinte rouge-brun vers le col, où l'on voyait des ulcérations larges, mais superficielles. La pierre avait le volume d'un petit œuf de poule. Les reins, dans lesquels on n'avait soupçonné aucune altération, étaient le siège d'une phlegmasie interne; celui du côté droit surtout était criblé de petits abcès ; le gauche contenait plusieurs calculs. Les uretères étaient très dilatés. » (1)

J'ai rapporté plus haut (Obs. XIV) un cas de pyélite calculeuse, dans lequel on observa des plaques érythémateuses à la peau.

Historique de la pyélite.

§ 719. Je diviserai cet aperçu historique en deux parties. Dans la première, je m'attacherai à prouver que, si la connaissance des calculs rénaux et celle de l'existence de collections purulentes dans les reins, remontent à la plus haute antiquité, ce n'est réellement que dans ces derniers temps que les altérations produites par les calculs dans les bassinets et les calices et par suite dans les substances rénales, ont été exactement appréciées. Dans la seconde partie, j'esquisserai succinctement l'histoire de la néphrotomie.

§ 720. — 1re *Partie.* Les anciens se sont généralement exprimés, en parlant des altérations des reins occasionées par des calculs, comme s'ils avaient la croyance que ces corps étrangers se développent ordinairement *dans les substances rénales.* Tous supposent que les calculs enflamment la substance des reins, dans laquelle ils se sont formés; qu'ils y occasionnent des abcès; que les abcès s'*ouvrent* dans le bassinet; et que le pus mélangé avec l'urine est expulsé au-dehors avec elle.

Lorsqu'il traite de collections purulentes dans les reins, Hip-

(1) Civiale. *Traité de l'affection calculeuse*, p. 441, in-8, Paris, 1838.

pocrate (1) fait mention d'*ulcères*, mais le texte semble faire allusion aux ulcères des lombes. Dans un autre passage (2), c'est bien réellement de véritables *ulcères des reins*, qu'Hippocrate parle et il les attribue à des *ruptures de veines*. Dans un de ses aphorismes (3), il indique les deux principaux symptômes des ulcères des reins et de la vessie; et dans un autre (4), il mentionne un signe de la suppuration des reins (*urinæ stillicidium*) sur lequel on a de nouveau appelé l'attention dans ces derniers temps.

En traitant de la suppuration des reins (*de suppuratis renibus*), Rufus dit (5) que cet état est annoncé par une fièvre irrégulière, par le développement d'une tumeur aux îles, et par l'excrétion de pus avec les urines. Suivant Rufus, le pus s'épanche dans les conduits excréteurs de l'urine par une *sorte de rupture*, et peut aussi se faire jour dans l'intestin. Rufus prescrit le lait d'ânesse ou le lait de jument mélangés avec le miel, contre les suppurations des reins. Le vomissement est quelquefois indiqué.

Galien (6), dans son *Traité des lieux affectés*, donne une bonne description des symptômes de la gravelle, de l'abcès qu'elle détermine dans le rein, de l'ulcère qui peut en être la suite, et rappelle que l'évacuation du pus avec l'urine est un des principaux symptômes de cette maladie. Dans son *Traité*

(1) Hippocratis *Opera omnia*, in-fol. Francof. 1621, p. 540. De intern. affect.

(2) *Ibid.* : « Oritur autem morbus ex atrabile, quæ, cum ad venulas quæ ad renem feruntur, confluxerit, cumque constiterit, *eas renemque exulcerat*. Ex ulcere igitur tale quid cum urina prodit. »

(3) Si sanguis aut pus cum urina redditur, renum aut vesicæ exulceratio significatur (*Aph.*, sect. IV, aph. 74.—*Ibidem.*, p. 1252). Dans d'autres aphorismes, Hippocrate indique quelques signes, à l'aide desquels il croit qu'on peut reconnaître si le sang vient des reins ou de la vessie (*Aph.*, sect. IV, aph. 77, 79, 80).

(4) « Recto intestino inflammato, et utero inflammato et renibus suppuratis stillicidium supervenit » (Aph. 58, sect. V).

(5) Rufus cité par Aetius, *Tetrabibl.* sermo III, cap. 18, p. 606.

(6) Galeni *Opera omnia*, classis IV, De locis affect., lib. VI, cap. 3, p. 75.

des ulcères, Galien recommande le miel et les diurétiques contre les ulcères des reins. (1)

Arétée (2) dit que certains calculs sont blancs et semblables à de l'argile, et que d'autres sont jaunes. Les premiers, dit-il, se trouvent dans la vessie des jeunes gens, tandis que les seconds sont formés habituellement dans les reins des vieillards. Il suppose que le printemps engendre les hématuries et les abcès des reins, et que l'hiver et l'automne produisent les calculs. Si des ulcères sont la conséquence de ces calculs, ces ulcères sont inguérissables.

Paul d'Egine (3) essaie de donner des signes, à l'aide desquels on puisse distinguer les ulcères des reins, des ulcères de la vessie.

En résumé, les médecins grecs et latins ont connu la formation du pus dans les reins; l'influence des calculs sur sa production; et le mélange et l'excrétion du pus avec l'urine, comme symptôme. Quant à la lésion qu'ils ont désignée sous le nom d'*ulcères des reins*, il est évident qu'elle n'est autre chose, au moins dans la plupart des cas, que l'inflammation suppurative du bassinet et des calices (la pyélite). D'un autre côté, si les anciens attribuent les *ulcères des reins* à une *rupture* de veines, cela tient très probablement à ce que la suppuration du bassinet est souvent précédée d'hémorrhagie.

Ce que les médecins arabes disent des ulcères des reins, me paraît devoir être également rapporté aux inflammations des bassinets et des calices. Avicenne (4) leur assigne pour causes la rupture d'une veine, l'issue d'un calcul ou des excoriations par une humeur cholérique. Des fistules incurables peuvent être la suite d'ulcères des reins (*et multoties quidem proveniunt ex ulceribus renum fistulæ quæ nullo modo sanantur*). Avicenne insiste, en outre, sur les caractères qui distinguent les ulcères des reins de ceux de la vessie. Dans les ulcères des reins,

(1) Galeni *Opera*, classis VII, lib. 4, cap. 7.

(2) Aretæi Cappadocis, *De causis et signis morb. acut. et diuturn.*, in-fol. Lugduni Batavorum, 1735, p. 52 et suiv., lib. II, cap. 3, De renum affectibus.

(3) Pauli Æginetæ *Opus de re medicâ*, lib. iii, p. 80.

(4) Avicenne. *Libri in re medica omnes*, lib. III, Fen. XVIII, tract. 2, p. 859.

dit-il, l'émission de l'urine se fait facilement; elle est difficile dans les ulcères de la vessie. Le siège de la douleur diffère aussi dans les deux maladies.

Les médecins et les chirurgiens de la renaissance, pas plus que les auteurs qui les avaient précédés, n'eurent une idée exacte de la manière dont les substances rénales s'atrophient dans les cas d'inflammation suppurative des bassinets et des calices. Presque tous ces auteurs désignent, sous les noms de *reins consumés par la suppuration*, de *reins tombés en colliquation*, les reins atrophiés par suite de la dilatation des bassinets et des calices. Tous croient que, dans les cas de néphrite calculeuse, la matière purulente est formée aux dépens des substances rénales; aucun ne dit que, dans ce cas, l'atrophie des reins est consécutive à la compression exercée, de dedans en dehors, sur le rein par le pus et l'urine accumulés dans le bassinet et les calices.

Fernel (1) indique cette consomption du rein et sa transformation en une espèce de *poche*; mais, comme Rufus, il attribue les ulcères des reins à la *rupture d'un abcès*, dont le pus se mélange avec l'urine.

Paré (2) s'exprime comme les Arabes : « Il vient, dit-il, *ulcère aux reins* pour quelque humeur âcre et mordicante qui y coule ou pour quelque *aposteme* qui dégénère en *ulcere*. »

Mercado (3) adopte la même division.

Loin de supposer que les calculs se développent dans le bassinet et les calices, ainsi que cela a lieu presque constamment, plusieurs auteurs crurent que les collections purulentes qu'on trouve dans ces conduits excréteurs dilatés, étaient de véritables *vomiques*, formées dans les substances rénales.

D'autres, avec Hercule de Saxe (4), crurent que la *substance*

(1) « *Rupto autem abscessu*, pus cum urinâ defertur..... vacuato expurgatoque abcessu, *ulcus manet*, diuturnum admodum, et ferè immedicabile (Fernelii *Pathologia*, lib. VI, cap. XII, De morbis renum, p. 535).

(2) Paré. *OEuvres*, liv. XIII, chap. 18 : « des ulcères des reins et de la vessie.»

(3) Mercati. *De morb. curat.*, liv. IV, cap 7.

(4) Hercul. Saxonia. *Observatio*, Vid. Schenck. *Obs.* lib. III. De renibus. — *Scholiograph.* ad cap. 52, lib. I. *Hollerii de morb. internis*.

renale pouvait être en partie ou même complètement évacuée avec l'urine sous forme de caroncules; opinion qui a pu prendre sa source dans quelques passages d'Hippocrate où il est fait mention de ces caroncules.

Long-temps après, on a continué de croire généralement que les calculs des reins étaient situés dans la substance de ces organes, et que c'était à la suite d'une ulcération ou d'une déchirure qu'ils se trouvaient dans la cavité du bassinet. Eustachi (1), contradictoirement à cette opinion, affirma que des calculs pouvaient passer de la substance des reins dans le bassinet, sans en opérer la rupture. Eustachi était évidemment dans l'erreur, si, en s'exprimant ainsi, il faisait allusion, non au passage des calculs, des calices dans le bassinet, mais bien, comme le texte semble le dire, au passage d'un calcul situé dans la substance des reins; car une semblable issue de calculs n'a lieu, sans déchirure, que dans les cas extrêmement rares où de petits calculs se développent dans des lacunes accidentelles des mamelons.

L'opinion ancienne qui plaçait le siège des calculs des reins dans la substance de ces organes, continua de régner parmi les médecins et les chirurgiens. Ferrand l'aîné (2) fait mention d'un calcul, d'un volume considérable, dont les branches se ramifiaient *in renum substantiâ*. De même, Ledran (3) dit: « Si le volume des *pierres formées dans le rein*, ou quelques angles qui s'y trouvent, les empêchent de couler dans le bassinet, elles *grossissent dans le rein;* elles y restent pour toujours et elles sont souvent la source de très grandes maladies. Il en arrivera de même, si, ayant coulé jusque dans le bassinet du rein, elles n'enfilent pas la route de l'uretère. La maladie se termine alors très souvent par la pourriture des reins ou par un abcès. S'il se fait un abcès, la place que la pierre occupe dans le rein, décide. Si la pierre est placée dans le bassinet ou *dans la substance mamelonnée*, l'abcès se fait du côté de l'in-

(1) « *De renibus*, cap. 457, cité par Schenck, *Obs. med. rar.*, lib. III, p. 452.

(2) Ferrandi *De nephrisi et lithiasi,* in-18. Parisiis, 1601.

(3) Ledran. *Traité des opérations de chirurgie*, p. 263.

térieur du ventre, et peut percer dans cette capacité ; mais, si la pierre occupe la *substance médullaire* tout près de la corticale, l'abcès se continue jusque dans la tunique adipeuse. Mais il n'est pas impossible qu'il se manifeste au-dehors, au-dessous des fausses côtes, à trois ou quatre travers de doigts de l'épine ; pour peu qu'on sente la fluctuation, il faut l'ouvrir promptement, et presque toujours la pierre sort noyée dans une grande quantité de pus. »

Lafitte (1) s'exprime dans le même sens : « Lorsque, dit-il, le germe ou noyau pierreux est d'un volume ou d'une figure qui s'*oppose à son entrée dans le bassinet* ou dans les uretères, il se forme quelquefois des abcès, et même assez considérables, pour détruire toute la substance de ce viscère, et inonder le tissu adipeux qui l'avoisine. » Et ailleurs (2), il ajoute : « Je n'en observai point (du pus) dans les urines ; ainsi, il y a lieu de croire que le sac qui contenait les pierres ne communiquait point avec le bassinet. »

Toutefois on ne serait pas fondé à avancer que toas les auteurs se sont trompés en disant qu'ils avaient vu des pierres dans les substances rénales. Ces cas sont rares ; mais je les ai observés et figurés (ATLAS, Pl. XXV, fig. 5). Dans les deux observations suivantes, il est probable qu'il s'agissait réellement de pierres situées dans les substances rénales. Ainsi, Grég. Horst (3) dit qu'il a trouvé de petits calculs dans la substance d'un rein, et un calcul volumineux dans le bassinet du même rein ; et Plater (4), en parlant de graviers miliaires, trouvés dans un rein, ajoute : « *Plerique sicut grana milii renum carni infixi.* »

Dans ces derniers temps, on avait bien noté que les calculs rénaux existaient presque toujours dans les bassinets ou dans les calices, et qu'on n'en rencontrait dans les substances rénales que dans des cas très rares et exceptionnels ; mais on

(1) Lafitte. *Sur les cas où la néphrotomie se fait avec succès* (*Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, tom. II, p. 233).

(2) *Ibidem.*, p. 235.

(3) Horst. *Observ.*, lib IV, obs. XLVI.

(4) Plater. *Observat.* lib. III, p. 892.

n'avait pas assez remarqué qu'une foule d'observateurs avaient commis, dans leurs descriptions de la néphrite calculeuse, une erreur analogue à celle dans laquelle on était tombé à l'égard de la pleurésie. En effet, de même que d'anciens auteurs, en relatant des cas de pleurésie chronique, avaient noté les poumons comme *consumés par la suppuration*, d'autres, et même dans ces derniers temps, ont indiqué, comme ulcérés ou consumés par une fonte purulente, des reins atrophiés et affaissés par suite de la distension du bassinet et des calices. Dans la pleurésie chronique, l'affaissement et l'atrophie du poumon s'opèrent par suite d'une compression extérieure; dans la pyélite avec rétention d'urine et de pus, l'affaissement et l'atrophie du rein sont consécutifs à une compression exercée de dedans en dehors. J'ajoute qu'entre ces deux cas pathologiques, il y a cette différence que la néphrite proprement dite et la pyélite ne marchent jamais aussi nettement séparées l'une de l'autre, que l'inflammation du poumon et celle de la plèvre.

Au reste, il suffira de comparer la description que j'ai donnée des caractères anatomiques de la pyélite, § 635, avec tout ce qui a été décrit sur la néphrite calculeuse, pour reconnaître que l'histoire anatomique de cette maladie était encore fort incomplète.

§ 721. On n'a fait jusqu'à ce jour que peu de recherches sur les inflammations pseudo-membraneuses et gangréneuses des calices et des bassinets. Dans un cas de néphrite terminée par gangrène, cité par Duret, dans ses commentaires sur Houlier (1); dans un autre cas de néphrite suivie de gangrène, rapporté par Fabrice de Hilden (2); dans un troisième cas rapporté par J. M. Otto (3); il n'est pas dit si le bassinet et les calices étaient affectés. MM. Letenneur et Pigné ont présenté à

(1) Holleri (J.). *Omnia opera practica*, in-fol. Parisiis, 1664, cap. LI, De inflammatione renum. Annot. Dureti, p. 404.

(2) Fabricius (Hild.). *De lithotomia vesicæ*, cap. 25, cité par Bonet, *Sepulcretum*, lib. III, sect. XXII, obs. XXIII, t. II, p. 568.

(3) Otto. *Historia renis sinistri maxime tumidi et corrupti*, Haller, Disputationes ad morbor. hist. et curat. in-4. Lausanniæ, 1763, t. IV, p. 90.

la Société anatomique des reins atteints de pyélite calculeuse et qui présentaient des points gangréneux. M. Crosse (1) a aussi rapporté deux cas de gangrène partielle des reins, produite par des calculs dans le bassinet.

M. Guilion m'a montré les reins, les uretères et la vessie d'un homme atteint depuis long-temps de rétrécissement de l'urèthre, et qui eut une suppression d'urine presque complète, plusieurs jours avant sa mort. Les deux reins étaient volumineux, gorgés de sang et d'une teinte livide; l'un pesait 6 onces 2 gros, et l'autre un peu moins. Ces reins, extrêmement mous, exhalaient une odeur repoussante et tout-à-fait semblable à celle de la gangrène. Après avoir enlevé la membrane fibreuse du rein droit, nous aperçûmes, à sa surface, une tache d'environ un pouce de diamètre, grisâtre, décolorée; la substance du rein ayant été incisée dans ce point, il s'en écoula une sanie grisâtre, et nous pénétrâmes dans un foyer non purulent, dont les parois offraient une sorte de gazon, quand le rein était plongé dans l'eau. Le bassinet de ce même rein, considérablement dilaté, et d'un rouge livide, contenait une sanie sanguinolente d'une odeur excessivement fétide. On voyait, à la surface du rein, surtout vers sa partie supérieure, des plaques proéminentes d'un jaune brunâtre, filamenteuses; et autour d'elles la membrane du bassinet était piquetée et d'un brun foncé. Lorsqu'on plongeait le rein dans l'eau, la surface de ces plaques du bassinet offrait une foule de filamens. L'autre rein était moins altéré; l'intérieur de son bassinet offrait de fausses membranes qui n'avaient ni l'aspect, ni l'odeur gangréneuse du bassinet de l'autre rein.

Les uretères des deux reins présentaient, à leur surface interne, des éminences d'une couleur sale, jaune-brunâtre; de ces éminences, les unes étaient entières, les autres offraient une légère déperdition de substance vers leur milieu, qui était brunâtre. On voyait aussi, dans l'uretère, d'autres plaques pseudomembraneuses jaunâtres et rugueuses, distinctes des éminences d'un jaune brun, évidemment gangréneuses, mentionnées

(1) John Green Crosse. *A treatise on the formation, constituents and extraction of the urinary calculus*, in-4. London, 1835, p. 24 et 41.

plus haut. Les deux uretères étaient considérablement dilatés, surtout le droit qui présentait une sorte de poche vers sa partie inférieure.

§ 722. Je terminerai cet aperçu sur les descriptions anatomiques de la pyélite, antérieures à mes recherches, par une simple indication de plusieurs cas de pyélite plus ou moins remarquables.

Dodoens (1) rapporte l'histoire d'un homme opéré d'une hydrocèle, et qui mourut après cette opération de gangrène du scrotum et du pénis ; le rein gauche était corrompu.

Baillou (2) a trouvé le rein gauche d'une femme morte du diabète, aussi grand qu'un rein de bœuf, et dans ce rein une pierre avec un peu de pus. Le rein droit était si petit qu'on put à peine le découvrir.

Bonet (3) rapporte plusieurs cas de tumeurs rénales qui avaient formé, au-dessous des fausses côtes, des tumeurs dont on n'avait pas connu la nature avant l'ouverture des cadavres. Il rapporte aussi un cas de pyélite calculeuse, compliquée de gangrène (4).

Morgagni (5) a vu le rein droit aussi volumineux qu'une tête d'homme et contenant onze pierres. Morgagni cite plusieurs autres cas d'abcès dans les reins (6).

Pearson (7) a vu, chez un enfant de cinq ans et demi, le rein droit peser 16 livres et 10 onces. Une autre fois (8), on a trouvé un rein de 35 livres. Chez une femme de 50 ans, le rein gauche était si volumineux qu'il pesait 45 livres et demie (9).

(1) Dodoneus. *Med. obs. exempla rara*, cap. XLI, in.12, Hardervici, 1521, p. 71.

(2) G. Ballonius. *Opera omnia*, in-4. Genevæ, 1762. *Epidem. et Ephemerid.*, lib. II, pag. 113.

(3) Bonet. *Sepulcret.*, lib. III, sect. XXIV, obs. II. — Bonet, *Sepulcret.*, § 2, obs. XXII. — Sect. XVII, § 9, ob. XXX.

(4) *Ibid.*, t. II, p. 562.

(5) Morgagni, *De sed. et caus.*, epistol. LVII, § 10.

(6) *Ibid.* Epist. XL, § 12, 18. — Epist. XLII, § 13.

(7) *Med. obs. and inquiries*, Lond. 1784, vol. VII.

(8) *Hist. de l'Acad. des sciences*, 1732, n. VII, p. 45. — *Commerc. litter. Norimberg.*, nov. 1737, p. 326.

(9) *Med. obs. and inquiries*. — *Bibl. méd. de Blumenbach*, tom. II, § 303.

Cabrol (1) a vu la substance du rein gauche détruite par le pus et sa membrane une fois aussi épaisse qu'une peau de mouton. Ce rein contenait 14 livres de pus.

Ruysch (2) cite le cas d'un diabétique chez lequel on trouva du pus dans le bassinet.

Lindt (3) dit qu'à l'ouverture du corps d'une personne qui n'avait jamais offert d'indice de l'inflammation des reins, les deux reins furent trouvés distendus d'une manière anomale et remplis de pus. Les uretères étaient remplis de pus, et la vessie, dont les parois avaient presque l'épaisseur d'un doigt, renfermait au-delà d'une livre de pus fétide.

Sandifort (4) a vu, chez un homme de 42 ans qui avait ressenti, pendant les dernières années de sa vie, de violentes douleurs dans la région du rein droit, et qui souffrait d'une incontinence d'urine, le rein droit en suppuration et adhérent aux parties voisines. L'uretère, de l'épaisseur du pouce, était dur comme un cartilage. La vessie était contractée; ses membranes avaient l'épaisseur d'un doigt.

R. B. Cheston (5) a ouvert un jeune garçon de 7 ans qui éprouvait tous les symptômes d'un calcul de la vessie et de grandes douleurs dans la région des reins. Son urine coulait tantôt involontairement, tantôt avec beaucoup de peine. Les deux reins étaient tellement dissous par le pus qu'ils représentaient des sacs pleins de pus. L'un pesait 4 onces, l'autre 3 onces. La vessie était épaissie et renfermait un calcul. Le même observateur (6) a trouvé, chez un homme de 30 ans qui était incommodé de la pierre et de douleurs dans les reins, *mais qui n'avait jamais eu le moindre vestige* de pus dans l'urine, les reins changés en deux sacs remplis de pus et une pierre dans la vessie.

(1) Cabrol. Alphab. *anatom.* Ob. XXVIII. — Bonet. *Sepulcr.*, tom. II, p. 366.

(2) Ruysch. *Obs. anat. chirurg.* XIII. — Dilucidatio valvular. in vasis lymphat. et lacteis, Hag. Com., 1665, cap. IV.

(3) *Museum der Heilkunde*, B. 1, v, § 59 et suiv.

(4) Sandifort. *Exercitat. academ.*, lib. II, cap. XI.

(5) *Patholog. observations*, chap. 2.

(6) *Ibid.*

Portal Chandon (1) a trouvé le rein droit changé en un sac de pus de la dimension d'une tête d'enfant; la substance entière du rein était détruite; le rein était rempli de concrétions pierreuses, moulées dans son intérieur, comme si on l'eût injecté de cire.

Schmidtmann (2) a trouvé, chez une femme qui n'avait jamais présenté de signe de maladie des reins, le rein droit tellement détruit par la suppuration, qu'il n'en restait presque plus de trace.

Chez une fille dont le ventre était volumineux, que l'on considérait comme enceinte, et qui mourut après de fortes douleurs aux reins, et après avoir rendu des urines purulentes, F.-A. Walter (3) trouva les deux reins extrêmement volumineux et altérés. Le rein droit était rempli de pus et de sang coagulé; sa substance était tellement friable qu'elle se déchirait par le moindre attouchement. Ce cas a été considéré comme un exemple de *gangrène* du rein; c'est évidemment une pyélite. L'autre rein était atteint d'hydro-néphrose.

M. Howship (4) a vu le bassinet et les calices très distendus et remplis par une matière jaune grisâtre qui était composée de carbonate de chaux et d'une matière animale. J'ai figuré un cas analogue dans lequel la matière boueuse, blanchâtre, contenue dans le bassinet et les calices, était composé de phosphate de chaux (ATLAS, Pl. LIX, fig. 4).

Enfin, on trouvera dans les journaux de médecine un grand nombre de cas de pyélite rapportés sous les dénominations d'*abcès des reins*, de *néphrite*, de *néphrite calculeuse* ou de *coliques néphrétiques*; je me bornerai à en indiquer un petit nombre (5).

(1) *Médecine éclairée*, tom. II.

(2) *Hufeland's prakt. Journ. der Heilkunde*. B. VII, S. 44.

(3) Walter (F.-A.). *Krankheiten der Nieren*, S. 5, § 12.

(4) Howship. *Ouvrage cité*, p. 34.

(5) Howison. *A case of inflammation and sero-purulent dropsy of the kidney* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XVIII, p. 557). — Houssard. *Obs. sur quelques affections des reins* (*Bibliothèque médicale*, t. LIX, p. 353). — Cassagne. *Sur un abcès au rein gauche* (*Journal de médecine*, t. LXI, p. 505, 1784). —

§ 723. — 2e *Partie.* Je passe à l'histoire du *traitement des abcès rénaux*, et par suite à celle de la *néphrotomie.*

Lorsqu'on réfléchit au peu de précision des connaissances anatomiques des anciens, on est vraiment frappé d'admiration, en lisant ce passage d'Hippocrate (1) : « S'il y a une tumeur ou une élévation à la région du rein, pratiquez une incision, et, après avoir fait sortir le pus, travaillez à débarrasser cet organe des graviers par l'usage des diurétiques. En faisant cette opération, il y a quelque espoir de guérison ; autrement le malade est perdu sans ressource. » Il répète à-peu-près la même chose dans un autre passage : « Lorsqu'il y a, dit-il, du pus dans le rein, il se forme une tumeur auprès de l'épine du dos; dans ce cas, faites une incision à la partie tuméfiée, et coupez profondément jusqu'au rein. » Enfin un peu plus loin, il réitère encore ce même précepte, dont le temps a sanctionné la justesse.

Ce passage d'Hippocrate était clair, précis et positif. Que les tumeurs des lombes, *provenant des reins*, fussent des abcès

Baumes. *Calculs rénaux avec des convulsions chez les enfans* (*Gazette de santé*, 1789, p. 186). — Dupont. *Sur un abcès du rein* (*Journal de médecine*, 1770, t. XXXII, p. 135). — Guigneux. *Obs. anat. sur un homme qui n'avait qu'un seul rein* (pyélite calculeuse), (*Journal de médecine*, t. XII, 1760, p. 348. — M. Swan. *Cases of calculi in the bladder and diseases of kidney* (*Edinb. med. and surg Journ.*, vol. XXII, 1824, p. 91). — M. Allan. *Case of obstructed ureter, with ulceration of the kidney and absces* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XLVIII, p. 51). — M. Duncan (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XXVIII, p. 306) rapporte un cas très remarquable de pyélo-néphrite avec empyème. — M. Fletcher, *On failures in lithotomy* (*Edinb. med. and surg. Journ.*, vol. XXXVI, p. 433), rapporte un cas où cette opération est devenue mortelle par suite d'une pyélite. On trouvera aussi des cas de pyélites dans les thèses soutenues à Paris, par Ribes (1824), Savin (1827) et de Rollet (1829) sur la *néphrite calculeuse*, et dans plusieurs ouvrages relatifs aux maladies des reins. — Walter. *Krankheiten der Nieren und Harnblase*, in-4. Berlin, 1800. — Kœnig (G.). *Praktische Abhandlung über die Krankheiten der Nieren*, in-8. Leipzig, 1826. — Wentzke. *Ueber die Krankheiten der Nieren, welche durch Entzündung*, etc. (Rust's. *Magazin für die gesammte Heilkunde.* B. XXIV, S. 439).

(1) Hippocratis *Opera omnia.* De intern. affectionib., pag. 540, in-folio, Francofurti, 1621.

extra-rénaux (ce qui est le cas le plus ordinaire), ou qu'elles fussent le rein lui-même énormément distendu, Hippocrate recommande de les ouvrir, sans distinguer ces tumeurs les unes des autres. « Incisez, dit-il, lorsque le rein malade fait tumeur aux lombes. » Les expressions dont il se sert (τάμνειν κατὰ τὸν νεφρὸν), et dont le véritable sens est d'*inciser près du rein* ou *jusqu'au rein*, n'autorisent en aucune façon à supposer qu'il ait eu la pensée d'inciser le rein lui-même pour aller chercher la pierre dans la cavité du bassinet et des calices; d'ailleurs, non-seulement il ne parle point de chercher à opérer par la plaie l'extraction des graviers ou des calculs rénaux, ou de leur pratiquer, par cette voie, une issue plus ou moins éloignée, mais il recommande de chercher à opérer l'expulsion des graviers par des diurétiques.

Cependant plusieurs auteurs ont vu, dans ce passage, la recommandation formelle de pratiquer la néphrotomie dans le cas de calculs rénaux. Ainsi Cardan (1) se plaint qu'on ne pratique plus la néphrotomie, ce qui se faisait, dit-il, du temps d'Hippocrate. Mery (2) dit aussi qu'on a tort de négliger de tailler les *reins calculeux*. « La connaissance que nous avons que la néphrotomie a été *pratiquée du temps d'Hippocrate*, doit, dit-il, engager à y recourir. » Cette opinion de Mery a été reproduite par les historiens des maladies de Breslaw (3), par Gaspar Bauhin (4), Schenck (5), Bonet (6), Gasp. a Rejes (7), Meibom (8), Heis-

(1) Cardan *De libris propriis*. Nuremberg, 1544.

(2) Mery. *Obs. sur la manière de tailler*, p. 42 et suiv. Paris, in-12, 1700.

(3) *Uratislaviensis collegia acad. nat. cur.*, an 1702, p. 356.

(4) Bauhin, G. *Ex obs. prop.* apud Schenck. *Obs. med.*, lib. 3, curat. neph. obs. VIII. « Unde liquet veram esse Hippocratis sententiam quæ habetur lib. de morbis internis, calculos nimirum a lateribus extrahi posse. »

(5) Schenck avance aussi que la néphrotomie a été pratiquée par les anciens (*Obs. med.*, p. 357).

(6) Bonet. *Sepulcr.*, lib. III, sect. 22, obs. XX, est moins formel; il dit : « Et quanquam Hipp. (lib. de int. affect.) *suadere videatur*, vix tamen tentanda est; nisi manifestum sit ipsam et naturam apostemate quodam facto viam sibi quærere, etc.

(7) Gaspar a Rejes. *Elys. suc. quæst. camp.*, quæst. 86, n. 16.

(8) Meibom. *Comment. in Hippocrate.* jusjurand., cap. XVI, p. 150.

ter (1), qui affirment aussi qu'Hippocrate conseillait d'inciser le rein. Benoît Sinibald (2) dit qu'il ne faut pas priver le genre humain d'un si grand bienfait; et Panaroli (3) émet aussi le vœu que cette opération puisse être pratiquée.

Mais d'autres auteurs ont soutenu, avec raison, qu'Hippocrate n'avait jamais eu en vue l'opération de la néphrotomie; qu'il s'était borné à recommander d'ouvrir *les abcès des lombes provenant des reins*. De ce nombre sont : Michel Bernh. Valentini (4) et L. Schrœck (5), lesquels pensent que le précepte donné par Hippocrate, de faire une incision très profonde sur le rein *suppuré*, lorsqu'il se présente une tumeur près de l'épine, n'a pas été bien compris par plusieurs auteurs.

Welsch (G.-H.) (6), Menjot (7), remarquent aussi qu'Hippocrate dit non pas d'ouvrir le rein, mais bien la région voisine du rein, comme l'a interprété Prosp. Martiano. (8)

Van Swieten (9) rappelle qu'Hippocrate prescrit non pas d'extraire les graviers et les calculs des reins par une incision aux lombes, mais bien d'évacuer le pus et de nettoyer, par l'usage des diurétiques, les reins remplis de sable et de graviers. Enfin Barthélemy Castelli (10) s'exprime d'une manière nette et concise à ce sujet : « Sectio renum, de qua legi poterit apud Hipp. (de intern. affect. xv, 19). Enim verò non ibi sermo est de *sectione ipsorum renum, sed de sectione abcessus juxta renes*. Impossibilis igitur potius habenda est renum sectio, cum Boneto *Mercur.*

(1) Heister. *Institutions de chirurgie*, in-4, Avignon, 1770, tom. II, p. 292.

(2) Sinibaldi. *Hippocratis Antiphonon*, IV, lib. V.

(3) Panaroli. *Ob. med.*, Pentecost. V, obs. XLII.

(4) Valentin. *Chirurg. medic.*, sect. III, cap. 6, § 1, pag. 323.

(5) Schrœck. *Misc. Nat. Cur.* Dec. 2 ann. 3, in Schol. obs. CXXXIX.

(6) Welsch. *Curationum propriarum consiliorum med. decades x*, in-4. Vienne, 1698.

(7) Menjot. *Diss. path.*, pars II, *ex Bibl. med. pract.* Manget., lib. XII. — Bonet. *Polyalthes*, Genev. 1691.

(8) Martianus (Prosp.). *Magnus Hippocrates Cous explicatus, sive operum Hippocratis interpretatio*, Romæ, in-fol., 1626.

(9) Van Swieten *in* Boerhaave. *Aphorismos.*, De Vulner., tom. I.

(10) Castelli. *Lexicon*. Art. NEPHROTOMIA.

Compit. (lib. III, p. 43.) » Enfin Bernard (1) pense qu'on n'a aucune preuve que du temps d'Hippocrate, et même que plusieurs siècles après lui, on ait réellement pratiqué la néphrotomie; et il est certain, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, qu'Hippocrate s'est borné à recommander d'ouvrir les abcès des lombes, provenant des reins, et qu'il n'a fait nulle mention de la recherche ou de l'extraction des calculs rénaux.

Rufus (2) dit que la tumeur formée aux lombes *ne s'évacue pas par les reins*, dans certains cas (οὐδὲ ῥήγνυσθαι ἐθέλει ᾽ε τῶν νεφρῶν), mais qu'elle persiste jusqu'à ce qu'elle soit ouverte par les caustiques ou par d'autres procédés. Or, l'incision recommandée par Hippocrate, et que Rufus comprend probablement dans les *autres procédés*, est généralement préférable aux caustiques.

Galien (3) décrit deux espèces de calculs et de sables qui correspondent évidemment à la gravelle *rouge* et à la gravelle *grise*; il indique la douleur et le sentiment d'*engourdissement de la cuisse* qu'entraîne l'affection du rein (4). Il note que les calculs peuvent se trouver dans les reins ou dans l'uretère, et que cette affection est accompagnée d'une espèce de colique qu'il distingue des coliques intestinales. Il remarque qu'un grand nombre de personnes atteintes de douleurs sourdes dans les reins et dépendant d'une affection calculeuse, n'ont pas rendu antérieurement de sables; enfin, il énumère (5) les principaux symptômes de la *suppuration des reins* : les frissons vagues, les accès de *fièvre irrégulière*, le sentiment de pesanteur dans la région rénale, l'évacuation du pus, du sang, et de grumeaux avec l'urine. Mais non-seulement il ne parle pas de la néphrotomie, mais il ne fait pas mention *des abcès des lombes provenant des reins*, ni de l'incision recommandée par Hippocrate, ni de la cautérisation indiquée par Rufus.

(1) Bernard. *Philosophical transactions*, for the months of Nov. and Dec. 1696, vol. XIX, p. 333.

(2) Rufi Ephesii *de vesicæ renumque morbis*. Londres, in-4.

(3) Galeni. *Omnia quæ exstant*, Basileæ, in-fol., 1562. — Class. VII cap. 3; *de renum affectus dignot. et medic.*

(4) *Ib.* Comment. I in. Hipp. *De morb. vulg.*, liv. VI, clas. III, p. 304, t. II.

(5) *Ibid.* De locis affect., lib. VI, cap. 3. — *De ren. affect. dignotione.*

Cælius Aurelianus (1) a divisé les *tumeurs rénales*, provenant de la néphrite, en *légères* et en *fortes*; le traitement en est tout médical; il ne fait mention ni de *l'incision*, ni de la cautérisation.

Celse, qui entre dans quelques détails sur la taille de la vessie (2), ne dit pas un mot des tumeurs des reins aux lombes, ni du traitement que réclament ces tumeurs.

Archigène et Philagrius (3) donnent de bons préceptes sur l'emploi de la saignée, des vésicatoires, des boissons diurétiques, de la diète lactée dans le traitement des inflammations des reins produites par des calculs; mais ils ne font mention ni de l'incision, ni de la cautérisation des tumeurs rénales pour donner issue au pus.

Alexandre de Tralles (4) cherche à distinguer le pus provenant des reins du pus provenant de la vessie; mais il ne dit rien du traitement chirurgical *des tumeurs rénales* contenant du pus.

Paul d'Égine (5) indique une foule de topiques et de boissons qu'il regarde comme propres à guérir les *ulcères des reins* (les boissons adoucissantes, le lait, un régime doux, les bains, etc.); mais il ne mentionne ni les tumeurs rénales, ni leur traitement.

En résumé, les médecins de l'antiquité ont connu l'existence des graviers et des calculs rénaux, et les principaux accidens que ces corps étrangers peuvent produire; mais Hippocrate et

(1) Cælius Aurelianus. *Morbor. chronic.*, lib. v, cap. III. Nephritis.

(2) A. C. Celsus *De re medica*, lib. IV, cap. 10, p. 173, in-8. Lugduni 1567. Celse. *Ibidem*, lib. VII, cap. 26, p. 381.

(3) Cités par Aetius, *Tetrabiblos*, Sermo III, p. 594.

(4) Alex. Trall. *Medicinæ* libri XII, in-18. Lugduni, 1560, p. 558. — « Quod igitur pus a superioribus partibus effertur, omnino cum urina ipsa accurate permixtum invenitur; sin autem ab inferioribus excernatur, etiam sedimentum in fundo matulæ potius subsidere deprehendes. » *Ibid.*, p. 546, 557, 559, etc. — « Calculo affecti in accessionibus quidem medicamentis curari debent quæ laxare, lenire et præterea comminuere et calculum educere possunt. — Qui pus excernunt, lenibus et abstergentibus curandi sunt. »

(5) Pauli Æginetæ *Opus de re medica*, lib. III, p. 77, 78, 79, 80. Parisiis, in-4, 1532.

Rufus, seuls, ont décrit les *tumeurs purulentes des lombes*, provenant des reins. Hippocrate a recommandé de les ouvrir avec l'instrument tranchant, et Rufus, à l'aide de l'application des caustiques ou de tout autre procédé. Mais aucun auteur ancien, grec ou latin, n'a conseillé d'inciser le rein abcédé ou non abcédé, *pour en extraire un calcul.*

Cependant, soit par une fausse interprétation du passage d'Hippocrate, cité plus haut, soit (ce qui est moins probable) que d'autres médecins de l'antiquité dont les écrits ne nous sont pas parvenus, eussent réellement recommandé la néphrotomie; deux auteurs arabes, Sérapion et Avicenne, émirent l'opinion que cette opération avait été anciennement pratiquée. Sérapion (1) s'exprime ainsi : « Quidam antiquorum præcipuerunt lapidem renum extrahi cum ferro incidente, retro super latus duorum iliorum in loco renum. Ego autem video quod hæc audacia est difficilis vehementer, et administratio istius curationis est maxime periculosa et suspecta de morte. »

Après avoir mentionné les ulcères des reins produits par les calculs ou par d'autres causes; après avoir indiqué les symptômes qui distinguent les ulcères des reins des ulcères de la vessie; après avoir signalé les fistules rénales qui sont quelquefois la conséquence de ces ulcères; après avoir beaucoup insisté sur le traitement médical des calculs des reins, Avicenne (2) ajoute au sujet de la néphrotomie : « Et sunt quidam qui laborant extrahere ipsum (calculum renalem) per incisionem ilii et per dorsum. Sed est magnus timor in eo, et operatio ejus qui rationem non habet. »

Faut-il inférer de ces passages de Sérapion et d'Avicenne que les Arabes ont pratiqué la néphrotomie? Freind (3), non-seulement répond affirmativement, mais il va jusqu'à reprocher à Albucasis de ne pas parler de cette opération, et il ajoute : « E Serapione et Avicenne constat hoc aliquando *iis*

(1) Serapion. *Prax.*, tract. IV, cap. 22.

(2) Avicenne. *Libri in re medica omnes*, lib. III, fen 18, tract. 2, cap. 10, in-fol. Venetiis, 1564.

(3) Freind. *Hist. med.*, trad. Wigan., in-4, Parisiis, 1735, p. 273.

temporibus præstitum, quanquam operationem uterque valde ancipitem judicat (1). »

Mais d'après les ouvrages de l'antiquité qui nous restent, on peut affirmer, contradictoirement à Sérapion et à Avicenne, que nul auteur, grec ou latin, n'a conseillé d'inciser le rein pour en extraire un calcul. Et malgré ce que semblent dire Sérapion et Avicenne, il n'est pas plus prouvé que la néphrotomie ait été pratiquée par les Arabes. Sérapion et Avicenne, trop préoccupés de repousser l'opération de la néphrotomie, dont il n'existe réellement aucune trace dans l'antiquité, ont commis une autre faute ; ils ont négligé de recommander le sage précepte qu'elle avait donné dans la collection hippocratique, celui d'*inciser les abcès provenant des reins*.

Le père de la chirurgie française, Guy de Chauliac (2), reproduisit les opinions des auteurs arabes ; comme eux, il rejeta l'opération de la néphrotomie, sans indiquer les abcès aux lombes, provenant des reins, et sans mentionner la recommandation faite par Hippocrate d'ouvrir ces abcès.

On en était là, quand de nouvelles observations vinrent démontrer tout l'avantage qu'il y avait à ouvrir les abcès des lombes, provenant des reins, ainsi qu'Hippocrate l'avait conseillé. Ces observations établirent, en outre, un nouveau fait : l'issue, dans quelques cas, d'un ou de plusieurs calculs par la plaie résultant de l'incision, ou par l'ouverture fistuleuse qui y succédait.

Louis Richieri, savant philologue, plus connu sous le nom de

(1) Hévin a traduit ainsi ce passage : « Il est certain, ajoute-t-il, que Sérapion et Avicenne, en disant que plusieurs *pratiquaient* cette méthode en ce temps-là etc. (Hévin. *Recherches sur la néphrotomie* ; Mém. de l'Acad. royale de chirurg., tom. III, p. 280).

(2) « Nihilominus chirurgus directe non habet considerare de lapide renum nec aliarum intrinsecarum particularum, cum non contingat ipsum curare beneficio chirurgiæ... Et in renibus non debet incidi, in vesica est periculosa incisio » Guy de Chauliac. *Chirurgiæ tractatus septem cum antidotario.* Lyon, in-8, 1546.—(*De lapide in vesica*, tract. VI, doctrina II, cap. 7).

(3) Cælius Rhodiginius. *Antiquarum lectionum libri* XVI, Venetiis, in-fol. 1516 (*Libri* XXX, Basiliæ, 1550).

Cœlius Rhodiginius, parle d'une femme qui, après avoir souffert un grand nombre d'années de pesanteur dans les reins, près de l'épine, fut prise de démangeaisons dans la même partie, s'y gratta, d'où un ulcère aux lombes, par lequel sortirent dix-huit pierres de la grosseur d'un dé.

Cardan (1) rapporte, d'après le témoignage oculaire d'Albert, un cas tout-à-fait analogue, c'est celui d'une femme qui avait été long-temps tourmentée de violentes douleurs de reins, et à laquelle on ouvrit enfin la partie malade, d'où l'on tira dix-huit pierres de la grosseur d'un dé.

Les médecins arabes ayant avancé, d'une part, que les anciens avaient pratiqué la néphrotomie, et, d'autre part, que cette opération devait être rejetée; des chirurgiens et des médecins de Paris crurent qu'il serait bon de tenter cette opération sur un criminel atteint de la pierre dans les reins; l'autorisation leur en fut accordée par Louis XI (2).

« Audit mois de janvier 1474, advint que ung franc archier de Meudon prés Paris estoit prisonnier és prisons de Chastellet, pour occasion de plusieurs larrecins qu'il avoit faictes en divers lieux, et mesmement en l'eglise dudit Meudon. Et pour lesdits cas et comme sacrilege, fut condempné à estre pendu et estranglé au gibet de Paris nommé Montfaulcon, dont il appella en la court de Parlement, où il fut mené pour discuter de son appel : par laquelle court et par son arrest fut ledit franc archier, declairé avoir mal appellé et bien jugié par le prevost de Paris, par devers lequel fut renvoyé pour executer sa sentence. En ce mesme jour fut remonstré au Roy par les medecins et cirurgiens de ladite ville que plusieurs et diverses personnes estoient fort travaillez et molestez de la pierre, colicque, passion et maladie de costé, dont pareillement *avoit été fort molesté* ledit franc archier. Et que aussi desdictes maladies

(1) Cardan. *De rerum varietate libri* XVII, lib. 8, cap. 44, in-fol., Basileæ, 1557.

(2) Les chroniques de Jean de Troyes, appelées *Histoire de Loys Unziesme*, Autrement dicte *la Chronique scandaleuse*, publiées par Petitot (*Collection complète des mémoires, relatifs à l'Histoire de France*, tom. XIII, p. 452).

estoit lors fort malade monseigneur du Bochaige, et qu'il seroit fort requis de veoir les lieux où lesdites maladies sont concrees dedens les corps humains, laquelle chose ne povoit mieulx estre sceuë que inciser le corps d'ung homme vivant, ce qui povoit bien estre fait en la personne d'icelluy franc archier, qui aussi bien estoit prest de souffrir mort, laquelle ouverture et incision fut faicte au corps du dudit franc archier, et dedens icelluy quis et regardé le lieu des dictes maladies. Et apres qu'ils eurent esté veuës, fut recousu, et ses entrailles remises dedens. Et fut par l'ordonnance du Roy fait tres-bien penser, et tellement que dedens quinze jours apres il fut bien guery, et eut remission de ses cas sans despens, et si luy fut donné avecques ce argent. »

Remarquons d'abord que, dans cette relation, la seule qu'on puisse invoquer, il est dit que le franc archer *avait souffert* de la pierre, mais non qu'il en *souffrait* lorsqu'il fût pris pour sujet de l'expérience. J'ajoute que la chronique dit que, lorsque les parties malades (c'est-à-dire le rein) eurent été *vües*, la plaie fut recousue. Nulle mention n'est faite de l'extraction d'un calcul rénal. Tout ce qu'on peut inférer de ce fait, c'est que les chirurgiens cherchèrent à découvrir le rein, que le péritoine fut ouvert, puisque l'intestin sortit par la plaie, et que malgré cet accident l'archer guérit de cette opération.

Ambroise Paré (1), en rapportant ce fait, évidemment d'après

(1) « Je ne puis encore passer que ne recite ceste histoire prise aux chroniques de Monstrelet, d'un franc-archer de Meudon, pres Paris, qui estoit prisonnier au Chastelet pour plusieurs larcins, dont il fut condamné d'estre pendu, et estranglé : il en appella en la cour de parlement, et par icelle cour fut declaré estre bien jugé et mal appellé. En mesme jour fut remonstre au Roy par les medecins de la ville, que plusieurs estoyent fort travaillez et molestez de pierre, collique passion, et maladie de costé, dont *estoit fort molesté* ledit franc-archer, et aussi desdites maladies estoit fort molesté monseigneur de Boscage, et qu'il seroit fort requis de voir les lieux où lesdites maladies sont concreées dedans les corps humains, laquelle chose ne pouvoit estre mieux sceuë qu'en incisant le corps d'un homme vivant : ce qui pouvoit estre bien fait en la personne d'iceluy franc-archer, qui aussi bien estoit prest de souffrir la mort : laquelle ouverture fut faite au corps dudit franc-archer, et dedans iceluy quis, et regardé le lieu desdites

la même chronique, l'a involontairement altéré, en disant que l'archer *souffrait de la pierre*, tandis qu'il est dit dans la relation qu'*il en avait souffert*. Plus tard, Mézeray (1), en rappelant

maladies, et après qu'ils eurent esté veuz, fut recousu, et ses entrailles remises dedans. Et par ordonnance du Roy fut bien pensé, tellement que dedans quelques jours il fut bien guary, et eut sa remission, et luy fut donné avec ce argent. » (Paré. *OEuvres*, in-folio, liv. xxv. chap. 16. « *De certaines choses estranges que nature repousse par son incomprehensible providence*). »

Le même fait, rapporté, avec quelques variantes, dans une traduction latine de l'ouvrage de Paré, insérée dans le *Thesaurus chirurgiæ* de P. Uffenbach, in-fol. Francofurti, 1610, p. 569, répond litéralement au passage d'une autre édition citée par Schenck : « Quod sequitur ex Monstreleti Chronicis, omnem superat admirationem. Immunis quidam sagittarius ex Medono quatuor à Lutetia miliaribus, propter latrocinia damnatus erat rei capitalis. Interim a medicis regi renuntiatum est, multos ea tempestate calculosis torminibus Lutetiæ divexari, et præ cæteris Bosci dominum ; e re et salute multorum futurum, si partes ipsas, in quibus tam dirum morbi genus concresceret, oculis lustrare et contemplari daretur ; longe id melius in vivo homine, quam in mortui cadavere perspici ; experiri id licere in sagittarii immunis morti addicti, et olim his malis discruciari soliti corpore. Impetratum a rege est : itaque, recluso corpore spirantis, partes contemplati et ex voto rimati sunt medici, hisque diligenter et exacte consultis ac suo loco restitutis, jussu regis consutum corpus est, qua reclusum fuerat, et summo studio adhibito curatum. Ita factum est, ut sagittarius ille intra paucos dies convaluerit, culpæque venia impetrata, grandi insuper pecunia donatus. »

Paré, ou son traducteur, s'exprime ainsi sur ce fait : « Omnem superat admirationem, » et l'éditeur a ajouté en marge : « Superat hæc narratio non omnem modo admirationem, sed et fidem. »

Paré ne paraît pas avoir considéré ce fait comme un exemple de néphrotomie.

Schenck rapporte ce fait d'après Paré (lib. III. *De Lithiasi renum* obs. III), avec le titre suivant : « *Calculo renum vexatus, vivus incisus a medicis, ut causas et naturam tantorum cruciatuum et partium rimarentur : ab iisdem denuo restitutus et servatus.* » Il est à noter cependant qu'il a mis ce fait dans un chapitre distinct de celui où il traite exclusivement de la néphrotomie (*Calculi renum chirurgia*).

(1). « La médecine s'y cultiva aussi plus fructueusement qu'auparavant. Les docteurs de cette faculté ayant sçû qu'un archer de Bagnolet, fort sujet à la gravelle, avoit été condamné à mort pour ses crimes, supplièrent le Roy

le même fait, lui fait subir une bien plus grave altération, en disant qu'*on ouvrit le rein pour en tirer un calcul*. Rousset (1) et Sainte-Foix (2), altérèrent aussi ce même fait, ou le reproduisirent fort inexactement.

qu'il leur fût mis entre les mains pour faire expérience sur luy, si *on pourroit ouvrir le rein et en tirer le calcul*. Leur opération reüssit fort heureusement, et l'archer vécut encore long-temps en bonne santé» (Mézeray. *Abrégé chronologique de l'Histoire de France*, in-12. Amsterdam, 1701, tom. IV, p. 60).

Garnier (*Histoire de France, depuis l'établissement de la monarchie, jusqu'au règne de Louis XIV*, in-12, tom. XVIII, pag. 183, Paris, 1767), a répété peut-être d'après Mézeray, que chez l'archer de Meudon on fit l'extraction de la pierre.

(1) Voici les termes dans lesquels Rousset (*De part. cæsar.*, sect. III, cap. 7, traduction latine de G. Bauhin, in-12, Basileæ, 1....., p. 59) raconte le fait « Huc etiam referri potest historia ipsius immunis sagittarii Modunensis calculosi, quæ a Monstreleto descripta, cum jam morti adjudicatus esset, concedente tamen magistratu, ob instantem petitionem medicorum Lutetianorum, venter apertus fuit, *quo lapis perquireretur*, et locus lapidis observaretur : repositis dein intestinis, vulnus consutum fuit : ipse vero sanitatem pristinam adeptus est : sententia etiam, qua morti erat adjudicatus, remissa, propter dolores, invite tum ab ipso perpessos. » Rousset ajoute que Paré, qui a rapporté cette observation, avait oublié de noter deux choses importantes, dont il aurait pu facilement s'assurer : « Primum est, calculus ne in ipso rene *aut in vesica* ab ipsis quæsitus fuerit; alterum, quo in loco exteriori sectio hæc cœpta fuerit : an videlicet in lumbis, aut alia in parte ipsius epigastrii (paroi antérieure du ventre) versus ilia. » Il est à noter qu'il y a ici deux variantes : d'abord, Rousset affirme positivement que le malade était un *calculeux*, et en second lieu, que l'opération lui fut faite *malgré lui*, ou au moins sans le consulter; tandis que Jean de Troyes ne mentionne pas cette circonstance, et l'auteur de la *Nouvelle histoire du règne de Louis XI* dit au contraire que le roi répondit qu'il le voulait bien, pourvu que le franc archer y consentît; et que, pour l'y disposer, il lui promettait sa grâce, et une bonne somme d'argent de plus, au cas qu'il revînt de cette opération. Le criminel accepta ce parti. »

(2) Sainte-Foix, en parlant de même fait, d'après la chronique de Louis XI, s'exprime ainsi :

« Au mois de janvier 1474, les médecins et chirurgiens de Paris représentèrent à Louis XI, que plusieurs personnes de considération étoient tra-

Le texte de Jean de Troyes, mal vérifié, altéré, et complètement défiguré, est ainsi devenu l'objet d'une foule d'interprétations plus ou moins inexactes. Colot (1) suppose tout-à-fait gratuitement que le rein de l'archer, fatigué par la pierre, s'était enflammé, qu'il faisait une tumeur considérable qui fut ouverte et dont on tira aisément la pierre; s'appuyant sur le passage de Mézeray, il conclut que l'on pratiqua, non le *grand appareil*, comme plusieurs l'avaient supposé, mais la néphrotomie. Méry (2) soutient au contraire que la maladie du franc archer était la *pierre dans la vessie*,

vaillées de la pierre, colique, passion et mal de côté; qu'il seroit très utile d'examiner l'endroit où s'engendroient ces maladies; qu'on ne pouvoit mieux s'éclaircir qu'en opérant sur un homme vivant; et qu'ainsi ils demandoient qu'on leur livrât un franc archer qui venoit d'être condamné à être pendu pour vol, et qui avoit été souvent fort molesté desdits maux. On leur accorda leur demande, et cette opération, qui est, je crois, la première qu'on ait faite pour la pierre, se fit publiquement dans le cimetière de l'église de Saint-Séverin. Après qu'on eût examiné et travaillé, ajoute la chronique, on remit les entrailles dedans le corps dudit franc archer qui fut recousu, et par l'ordonnance du roi très bien pansé, et tellement qu'en quinze jours il fut guéri, et eut rémission de ses crimes sans dépends, et il lui fut même donné de l'argent. (Sainte-Foix, *Essais historiques sur Paris*, 5e édit., tom. 1, p. 287. Paris, 1776).

Sainte-Foix termine sa narration par la réflexion suivante : « Le cours des évènemens de la vie est quelquefois bien singulier; il falloit que ce misérable, pour être guéri de la pierre, fut condamné à être pendu. » On voit que Sainte-Foix croit à une opération pour débarrasser le franc archer d'un calcul; Rousset paraît, d'après la manière dont il s'exprime, avoir eu aussi la même croyance : « Ipse vero sanitatem pristinam adeptus est.» Et en parlant des médecins de Paris, il ajoute : « Qui cum Lutetiæ adeo feliciter rem tam periculosam, tanta etiam cum utilitate conjunctam tentassent, mirum quod id literis non consignarint, imo tabulis æneis insculpserint posteritati eas consecrantes, et ut rem admiratione, imo sæpius imitatione dignam, eas in scholis ipsorum erigentes. » Il n'est pas besoin de dire que rien, dans le texte de Jean de Troyes, n'autorise cette manière de voir.

(1) Colot (Fr.). *Traité de l'opération de la taille*, p. 36 et suiv.

(2) Mery. *Observations sur la manière de tailler dans les deux sexes*, p. 2 et suiv.

et ce sentiment dit Hévin (1), a prévalu dans ces derniers temps, non-seulement chez les historiens, mais encore chez les médecins et les chirurgiens. Ainsi, l'*auteur de l'Abrégé de l'Histoire ecclésiastique* dit que l'Europe fut redevable à Louis XI de l'art de tailler les personnes incommodées de la pierre, par la permission qu'il donna aux chirurgiens de Paris d'en faire l'essai sur un homme condamné à mort, qui en guérit et vécut longtemps après. A.-O. Goelick, à cette occasion, montre son étonnement que Louis XI ait permis aux médecins de Paris d'*ouvrir le périnée* (2). L'auteur de l'art. ANATOMIE, dans l'*Encyclopédie méthodique*, termine l'histoire du franc archer, en disant formellement que ce fut là, pour la première fois, depuis Celse, qu'on tenta l'*opération de la taille*. Haller (3) croyait également que ce fut un cas de calcul dans la vessie opéré par Germain Colot dans le temps de Louis XI; mais, dit-il, cette histoire n'est pas claire, et paraît appartenir au haut appareil, puisqu'on lit qu'après avoir replacé les intestin, on fit la suture du ventre. Enfin, Tolet (4) affirme qu'il est facile de juger que ledit franc archer n'était point incommodé de la pierre; et qu'il y a apparence que l'opération qu'on lui fit était celle qui se pratique pour la maladie, nommée *volvulus*, qui survient lorsqu'un intestin est redoublé ou replié en lui-même!

D'autres faits qui ont eu moins de retentissement que l'ex-

(1) Freind (*Histor. medicinæ*, pag. 274, in *Oper. omn. medic.*, in-4, 1735), en racontant ce fait d'après Mézeray, avance (et Hévin le répète) que cela arriva sous Charles VIII. Or, la seule date connue de cette expérience est celle qui est donnée par l'auteur de la *Chronique de Louis XI* (1474). Charles VIII ne monta sur le trône qu'en 1483. Freind a été probablement conduit à placer le fait sous Charles VIII, parce qu'il est consigné dans un résumé sur les principaux évènemens du *quinzième siècle*, que Mézeray a mis à la fin du règne de Charles VIII, bien que ce résumé comprenne plusieurs autres faits passés sous le règne de Louis XI, et en particulier, l'importation de l'imprimerie à Paris, en 1470.

(2) Gœlick. *Histoire anat. nouv. et antiq.*, § 24.

(3) *Comment. in method. discend. medec. Boerhaave*, t. II, part. 13, cap. 2, p. 720.

(4) Tolet. *Traité de la lithotomie*, chap. 15, p. 140 et suiv.

périence tentée sur le franc archer, mais qui ont réellement une plus grande importance scientifique, ne tardèrent pas à se produire.

Pierre de Bayro (1) rapporte l'histoire d'une pauvre femme qui avait souffert pendant long-temps dans la région d'un des reins, où il existait une tumeur donnant un sentiment de fluctuation profonde. Un chirurgien fut d'opinion qu'on devait attendre jusqu'à ce que la tumeur fût devenue proéminente. Mais, sur la représentation de Bayro que la malade serait morte avant que cela eût lieu, le chirurgien fit l'opération; il s'écoula, pendant quelque temps, une grande quantité de matière, et la malade se rétablit. Bayro ajoute qu'il a vu mourir d'abcès aux reins plusieurs malades, soignés par de savans médecins qui n'avaient point osé faire l'ouverture de ces abcès. Cette pratique et ces remarques de Bayro confirmaient la justesse des préceptes hippocratiques.

Fernel (2), après avoir donné sommairement, mais d'une manière très précise, les caractères et les symptômes de la pyélite calculeuse et ceux des *tumeurs lombaires* provenant des reins, s'exprimait ainsi : « Vel ea sede congestum (pus), ilia lumbosque copia distendet, e quibus etiam *aperta cute* diu multumque manat. Nonnunquam et illinc calculus ingens cum pure *alias excessit, aliàs evulsus est* ». Comme on le voit, Fernel indique nettement que par l'ouverture des abcès provenant des reins, on obtient l'issue du pus et parfois la sortie spontanée d'un calcul ou qu'on peut en opérer extraction; double circonstance qui n'avait point été exprimée d'une manière aussi claire par ses prédécesseurs.

Aicholtz (3) rapporte le fait curieux d'un enfant d'un an qui n'avait point uriné pendant plusieurs jours; il fléchissait et éten-

(1) Bayrus. *Practica*, lib. XX, cap. 4. — Cité par Schenck. *Obs. med. rar.*, lib. III, *renum tumores*, obs. VI, p. 460.

(2) « Ita sæpe vidimus tota renis carne ac substantia peresa, ambiente tanquam marsupio membrana, pus calculosque multos obvolvi (Fernel. *Pathol.*, lib. VI, cap. XII. *De morbis renum*).

(3) Aicholtz cité par Schenck. *Obs. medic. rar.* Lib. III, *de Ischuriâ*.

dait alternativement les cuisses en criant, et ne voulait pas manger, quelquefois même il vomissait; les reins, changés de forme, bosselés et semblables aux reins de veau, contenaient plusieurs calculs; des calculs existaient également dans chaque uretère. Ce que Paré dit des *ulcères des reins*, des différences du pus provenant des reins ou de la vessie, n'offre rien de neuf, et le traitement qu'il recommande contre les ulcères des reins, est purement médical. Mais Paré cite un fait curieux observé par d'Alechamps.

« M. d'Alechamps, dit Paré (1), recite en sa chirurgie, qu'il a veu un homme avoir un aposteme sus les lumbes, dont apres la suppuration, icelle degenera en fistule, par laquelle jetta en diverses fois plusieurs pierres venant du rein, et enduroit le travail du cheval et des chariots. »

Cabrol (2) rapporte aussi un fait remarquable, quoiqu'on ne puisse dire positivement s'il s'agissait, dans ce cas, d'un abcès extra-rénal, ou d'une pyélite simple en suppuration. Il ne paraît pas qu'il y eût de calculs :

« Anno 1578, vocatus fui ut N. secarem, annorum 40. In istius rene sinistro abcessum magnum reperi purulenta materia plenum : pondus ipsius erat lib. XIV, cum cysti et rene; quæ quidem cystis pellem vervecinam crassitie æquabat. Aliquo post tempore juvenis quidam me accivit, qui cum eadem in parte vehementissimo dolore premeretur, alios tum medicos, tum chirurgos accersendos esse putavi : in contrarias itum est sententias, etenim maxima pars calculum esse in renibus conjiciebat, præsertim cum aliquantulum puris cum urinis excerneret : ergo contra abscessum esse contendebam, abscessus illius prioris memor : paulo post patiens iterum me rogavit ut ipsum inciderem, aiens se malle semel mori quam tot mortes vivendo perpeti. Ego precibus motus ipsum incidi, locumque materiam continentem reperi, sed nihil inde exiit; duabus post horas,

(1) Paré. *Ouvr. cité*, liv. XXX, chap. 15, pag. 1044. Voyez : d'Alechamps. *Chirurgie françoise*. Annotations; page 1044, in-12. Lyon, 1570.

(2) Cabrol (Barth.). *Alphabet. anat.* obs. XXVIII; cité par Bonet. *Sepulcr.*, lib. III, sect. XXII, obs. XXIII.

apparatum primum mutatuus accessi; tractoque penicillo, pelvim accipere coactus sum, cujus plus quam dimidia pars pure repleta fuit, singulisque sequentibus diebus bis vacuatio fiebat, ita ut tum mane tum sero catinus illo pure impleretur, idque per mensem integrum et amplius. Tandem vero appositis remediis ulcus detersum, cicatrix inducta, ipseque persanatus est.

Chaumette (1) renouvelle la remarque hippocratique que le pus des abcès des reins se porte quelquefois à l'extérieur sous forme de tumeur.

Mercado (2) conseille l'ouverture des abcès lombaires, lorsqu'ils sont considérables ou lorsqu'ils se trouvent près de la membrane extérieure du rein. Il pense que l'ouverture des abcès du rein ne serait pas salutaire; les plaies de cet organe ne se consolidant jamais ou fort rarement, et les malades traînant ensuite une vie malheureuse et remplie de souffrances.

Camerarius (3) rapporte un fait intéressant : « Memini alium præstantissimum medicum affirmasse se aliquando fuisse apud nobilem quemdam virum, ejusmodi doloribus misere excruciatum, qui non solum sectionem, sed mortem expetens tandem chirurgo persuasit, ut lapidem ob magnitudinem uretero impactum excinderet, quod ille satis audacter, attamen feliciter aggressus est, lapidem enim non solum exemit, sed et locum sine omni noxa consolidavit. »

Rousset (4) rapporte qu'une femme d'un grand embonpoint, après avoir souffert pendant long-temps de douleurs néphrétiques, eut un abcès considérable à l'extérieur de la région du rein. Cet abcès fut ouvert avec le cautère actuel, en sa présence, par Gérard, chirurgien du roi Henri; il s'en écoula du pus. On entretint la fistule pendant vingt-six ans et plus, à

(1) Chaumette. *Enchiridion chirurg. extern. morb.*, p. 267.

(2) Mercati. *Compit.* — Bonet. *Lib. XV ren. affec.*, n. 11.

(3) Camerarius, cité par Schenck. *Obs. med. rar.*, lib. III, *curatio nephriticorum*, obs. VIII, p. 457, in-fol., Lugduni, 1644.

(4) Rousset (Fr.). *De part. cæsar.*, sect. III, chap. VII. trad. lat. G. Bauhin in-12, Basileæ, p. 64 et suiv.

l'aide d'une canule d'argent, concave, et d'une bougie de six travers de doigt de long ; par ce moyen on évitait la douleur rénale, qui revenait quand la fistule n'était pas soigneusement entretenue. Rousset raconte également qu'un homme qui avait souffert pendant long-temps de douleurs néphrétiques avec vomissemens, présenta plus tard une tumeur considérable entre l'aine et l'os des îles, qu'un chirurgien très expérimenté en fit l'ouverture, qu'il en sortit de l'urine mélangée de pus, et une pierre de la grosseur d'une fève.

Schenck (1), après avoir rapporté les opinions d'Hippocrate, d'Avicenne, de Cardan et de Rousset sur le traitement chirurgical des abcès lombaires, provenant des reins, et après avoir reproduit le cas de l'archer de Meudon, conclut en faveur de la néphrotomie.

C'est ici l'occasion de remarquer que si la question de la néphrotomie était déjà controversée, il y avait cependant un accord à-peu-près unanime, parmi les médecins et les chirurgiens de la plus haute autorité, pour recommander d'ouvrir les abcès des lombes provenant des reins, afin de donner issue, au dehors, au pus et quelquefois même à des calculs. Toutefois, Foreest fait une fâcheuse exception, qui paraît avoir été provoquée par l'impression que lui causa la terminaison malheureuse de deux cas d'abcès lombaires, traités par l'incision. et qu'il rapporte dans ses observations sur les maladies des reins. Foreest (2) s'exprime ainsi :

« Ridiculum est, quod eam (vomica) manu aperire profitentur. Memini forinsecus incisionem factam in M. Petro Zuzo Hoghano canonico, fratre domini Præsidis Hollandiæ, ex consensu duorum medicorum alioqui excellentium, et

(1) « Lithotomiam renum veterum, artem arduam et sæpe necessariam, ob difficultatem, imperitiam et mollitiem, a nostris neglectam, atque amissam, non tam formidandam impossibilemque esse, quam vulgo creditur, rationibus et exemplis illustribus comprobatur (Schenck. *Obs. medic.*, lib. III, *de renibus*, in-fol., p. 457).

(2) Forestus. *Obs. et cur. med.*, in-fol. Rothomagi, 1653, lib. XXIV, obs. 33, Scholia.

abcessu aperto materiam crudam et sanguinolentam effluxisse, et tertio die mortem obiisse. » Et ailleurs (1), il affirme que les ulcères provenant des reins, quoique de divers caractères, sont presque toujours de mauvaise nature. Foreest cite le cas suivant: « In Hadriano Junio medico doctissimo, jam in senectute, suomet consilio exterius incisio facta erat, fistula tamen deinde perpetuo illi adhærente, et per intervallo pus evomente, donec moreretur, nostræ Bataviæ decus, mihique per totam vitam amicissimus. »

Un de nos anatomistes les plus célèbres, Riolan, s'attacha à démontrer, par des considérations anatomiques (2), que non-seulement il y avait avantage à ouvrir les abcès des lombes provenant des reins, mais encore qu'il était possible d'inciser le rein, par la face postérieure, sans intéresser le péritoine. Frappé plus tard des difficultés qu'offrait l'opération, il modifia son opinion, mais seulement en ce qui touchait l'incision du rein pour en extraire un calcul. »

« S'il arrive, dit Jean Riolan (3), que la pierre devienne si grosse qu'elle cause la suppuration du rein, et que la matière tende vers les lombes, on peut mettre un cautère, et faire une ouverture très profonde, et par ce moyen en tirer le pus et même la pierre; autrement, si la nature ne leur enseigne ce chemin, et qu'elle ne commence à le faire, c'est une entreprise trop hardie, de couper et ouvrir le rein, pour ce sujet, à cause que ses chairs sont trop épaisses et trop enfoncées. »

Rivière (4), en parlant des collections purulentes dans les reins, dit: « Aliquando tumor foras prodit, tumque vel cauterio potentiali, vel scalpello aperiendus est. »

Cependant les cas d'ouverture, spontanée ou par l'art, des abcès des reins se multipliaient, et semblaient venir à l'appui

(1) *Ibid.*, obs. 37. Scholia.

(2) Riolan. *Autropographiæ*, lib. II, cap. 26.

(3) Riolan (J.). *Manuel anatomique et pathologique*, in-12, Lyon, 1682, p. 230.

(4) Rivière. *Praxeos*, lib. XIV, cap. III, *De inflam. renum.*

des partisans de la néphrotomie. Je me borne aux faits suivans :

Panaroli (1) a vu sortir deux calculs avec la matière de la suppuration, d'un abcès aux lombes, qui s'ouvrit spontanément.

Job a Meekren (2) rapporte que chez un jeune homme qui avait éprouvé, pendant vingt-deux ans, des accès violens de néphrétique, et qui avait rendu du pus avec les urines, il survint, vers le bas des lombes, une petite tumeur qu'on *ouvrit*, et qui donna issue à beaucoup de pus; la plaie resta fistuleuse, et l'écoulement du pus continua de se faire jusqu'à la mort. A l'ouverture du corps, on trouva, à la place du rein, qui était totalement détruit, une poche calleuse, contenant deux pierres, dont la plus grosse avait cherché à se faire jour par la fistule lombaire. Meeckren remarque que, si le chirurgien, après l'ouverture de l'abcès, eût fait les perquisitions nécessaires pour découvrir la pierre, il eût été possible d'en faire l'extraction.

En 1622, Jean Duclédat soutint, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de Jacques Cousinot, une thèse sur la question suivante : « *An ut suppurato reni, sic calculoso ferrum?* et il conclut à ce que l'incision du rein fût pratiquée dans *certaines conditions* (3). Il semble que Cousinot ait, non-seulement recommandé, comme Hippocrate, d'inciser dans les cas de tumeurs, mais encore *lorsqu'on n'a pour guide que la douleur*.

La question de la *néphrotomie* occupa de nouveau la Faculté de médecine de Paris, en 1662.

Rousset (4) soutint une thèse sur ce sujet, sous la présidence de Sulp. Rigault, et conclut que cette opération devait être prati-

(1) Panaroli. *Pentecost.* V, obs. LXII.

(2) Job a Meekeen. *Obs. med. chir.*, cap. 44.

(3) « Si penitus renem obstruit (calculus)... satius ergo pyroticum admovere exteriori renis regioni *quâ parte tumet vel maxime dolet*, dein ferrum ad renis usque substantiam nullo hemorrhagiæ metu adigere, quo vel sponte calculus exeat, vel inventus cathetere commodo instrumento extrahatur. *Ergo ut suppurato reni, sic calculoso ferrum.*

(4) Rousset. *Ergo renum calculo nephrotomia.* Parisiis, 1662.

quée, *lorsqu'il y avait tumeur aux lombes*. Cette conclusion, conforme aux préceptes hippocratiques, et d'une bonne pratique, en ce qu'elle prescrivait d'ouvrir les tumeurs des lombes provenant des reins, n'était cependant pas rigoureusement exacte. En effet, Rousset semble supposer que, dans l'incision des tumeurs des lombes provenant des reins, l'instrument du chirurgien pénètre dans le rein, en un mot qu'on pratique la néphrotomie; or, cela n'a pas lieu dans la majorité des cas, le bistouri plonge seulement dans un abcès extra-rénal. Au reste, les faits qui tendaient à démontrer les avantages de l'incision des tumeurs rénales des lombes, se multipliaient. Ainsi Fr. Colot (1) a vu M. Cressé, un des plus habiles chirurgiens de son temps, ouvrir à un homme âgé de quarante ans un abcès aux lombes, d'où il tira une pierre. De plus, Colot a vu à Londres un jeune homme, du côté duquel sortaient, chaque jour, par des ouvertures fistuleuses, de petites pierres, une matière purulente et de l'urine. Cet homme mourut assez promptement; le rein gauche, transformé en une poche membraneuse, était rempli de sable et de graviers.

Aymar, chirurgien de Grenoble, communiqua à Rivière (2) le cas d'un homme qui portait une tumeur à la région lombaire, dont il sortit des calculs gros comme des amandes, et, plus tard, un calcul gros comme une fève. Pendant dix années consécutives, il suinta de cette fistule une humeur séreuse qui mouillait tellement les linges appliqués dessus que, dans l'espace de quelques heures, il semblait qu'on les eût trempés dans l'eau. La fistule se fermait de temps en temps pour s'ouvrir de nouveau, spontanément, quelques mois après.

Stalpart Van der Wiel rapporte le cas d'une fille de 9 ou 10 ans qui, après avoir eu des douleurs aiguës, en urinant, et une excrétion d'urine purulente pendant deux ou trois ans, eut un abcès à la région rénale gauche, abcès qui *s'ouvrit spon-*

(1) Colot. *Traité de l'opération de la taille*, p. 36.

(2) Lazari Riverii. *Obs. med. et cur. insign.; Obs. communicatæ.*, p. 100, ob. IX, in-4, Parisiis, 1646.

tanément après l'application d'un cataplasme (1). Plus tard le chirurgien agrandit l'ouverture, d'où il sortit à plusieurs reprises une grande quantité de pus. Cette sécrétion purulente continua pendant plusieurs années, au bout desquelles la fistule se ferma, quoique la patiente souffrit toujours en urinant. Elle vécut dix-huit ou vingt ans après l'ouverture de l'abcès, dans un état de santé médiocre. Elle mourut enfin d'une fièvre quarte et d'une affection de la rate. A l'ouverture du cadavre, le rein gauche fut trouvé complètement consumé et réduit à ses membranes; l'uretère du même côté était épaissi. Stalpart Van der Wiel ne fait aucune mention de calcul. Jean de Beverwick (2) dit qu'il a eu plusieurs fois occasion de *tirer*, de dépôts purulens formés dans la substance des reins, *non-seulement des graviers, mais même des pierres*. Il observe aussi que Mercuriali avait été témoin de faits analogues. Un semblable fait est aussi rapporté par Roonhuysen (3).

Toutes ces observations parlaient en faveur de la méthode hippocratique. Quant à la néphrotomie proprement dite, la question restait pendante, et nul chirurgien ne se décidait à tenter cette opération.

Après avoir rapporté le cas de l'archer de Bagnolet d'après Mézeray, Harder (4) dit qu'il n'a pas encore entendu dire qu'aucun praticien ait osé la pratiquer, à cause des chances de mort qu'elle ferait courir.

(1) C. Stalpart Van der Wiel. *Obs. rar. med. anat. chir.*, cent. I, obs. LII, in-12, Leidæ, 1727, tom. I, p. 221.

(2) Beverwick (J.). *De calculo renum et vesicæ*, cap. 8.

(3) Roonhuysen tira, par l'ouverture d'un abcès au rein droit, une pierre assez grosse, dont il donne la figure dans son ouvrage; il conduisit le traitement de la plaie, selon les règles de l'art, jusqu'à guérison parfaite, de manière que le malade vécut en bonne santé pendant deux années entières. Au bout de ce temps, il survint au même endroit des lombes une nouvelle inflammation. Ce chirurgien, ne doutant pas qu'il n'y eût encore quelque corps étranger, prit le parti *de rouvrir la cicatrice*, et tira effectivement une seconde pierre, mais plus petite. La plaie se réunit, et le malade a toujours joui d'une parfaite santé.

(4) Harder, *Apiarium, obs. med.* LXXVIII, Schol.

Tulp (1), s'appuyant principalement sur la configuration des calculs, montre toutes les difficultés qu'offrirait la néphrotomie. Il rapporte le cas d'un jurisconsulte, né de parens calculeux et sujet aux accidens néphrétiques, depuis sa jeunesse, et qui rendit *un calcul par les lombes*, où il s'établit une fistule calleuse, donnant continuellement issue à de l'urine et à du pus. Ni le temps, ni les eaux minérales, ni aucun autre remède n'apportèrent de soulagement; et, la fistule s'étant fermée, le malade tomba dans une fièvre violente qui l'emporta. Tulp, à l'occasion de ce fait, ajoute que, dans son opinion, une fistule rénale n'est pas moins incommode qu'une pierre restée dans les reins, et qu'une fistule serait la suite inévitable de la néphrotomie. A l'occasion d'un autre cas, il remarque que les deux reins contenaient des calculs pourvus de quatre branches, disposés en forme de croix et qu'il eût été impossible d'extraire par la néphrotomie. Tulp rapporte, en outre, un cas de pyélite et d'urétérite calculeuses, avec ischurie complète pendant dix-huit jours; cas compliqué de vomissemens, de fièvre et d'hémorrhagie. Le rein gauche, gonflé et livide, contenait plusieurs calculs, dont le plus gros avait son extrémité la plus mince engagée dans le goulot du bassinet.

Plusieurs observations témoignaient cependant des dangers de l'*expectation*. Willis (2) rapporte qu'une matrone qui avait rendu depuis long-temps une urine saguinolente et purulente et contenant des flocons, fut prise d'une fièvre lente et d'autres accidens graves. Il survint une *tumeur* purulente dans la région du rein. Cette tumeur dégénéra en une fistule profonde et sinueuse, d'où suintait un ichor ténu. La malade vécut ainsi péniblement pendant deux ans; elle eut enfin une suppression d'urine pendant quatre jours, et mourut apoplectique. Le rein gauche était complètement consumé. Il n'en restait que les membranes remplies d'une sanie semblable à celle qui sortait par la fistule.

(1) Tulpii (N.). *Obs. medic.*, lib. IV, obs. XXVIII. — *Ibid.*, lib. II, obs. XLIV.

(2) Willis cité par Lieutaud. *Hist. anat.*, lib. I, obs. MCXXV.

L'autre rein contenait une matière sablonneuse et des calculs, dont un dans l'embouchure de l'uretère.

L'observation suivante, publiée par Charles Bernard (1), a eu aussi un grand retentissement dans le monde savant :

« Hobson, consul de la nation anglaise à Venise, ayant souffert long-temps d'une pierre qu'il avait dans le rein, fut à la fin saisi d'un accès de néphrétique si long et si violent, qu'il se trouva presque réduit au désespoir. Comme il n'avait été soulagé par aucun des moyens dont on s'était servi jusqu'alors, il s'adressa dans cette cruelle circonstance au docteur Dominique de Marchetti, médecin de Padoue, très célèbre et fort expérimenté, et le supplia de vouloir bien lui tirer la pierre du rein par le moyen d'une incision. Hobson, qui était persuadé qu'il ne lui restait plus d'autre ressource pour se procurer du soulagement, ajouta qu'il n'ignorait pas à quel danger cette opération l'exposerait, mais que la mort même lui paraissait infiniment préférable à la vie malheureuse et souffrante qu'il menait depuis si long-temps. Marchetti témoigna d'abord une extrême répugnance à entreprendre une telle opération; et non-seulement il lui représenta tous les risques qu'il allait courir, mais encore, comme il craignait lui-même que l'opération ne fût impraticable, il insista sur ce qu'il ne l'avait jamais tentée, et crut échapper à ses pousuites, en déclarant que ce serait lui donner la mort que de hasarder une pareille entreprise. Hobson persistant dans ses intances, et lui protestant à son tour qu'il ne renoncerait jamais à ce projet, et qu'il le suivrait constamment jusqu'à ce qu'il eût trouvé quelqu'un qui voulût s'y prêter, le docteur Marchetti se vit enfin forcé de céder aux importunités du malade, et de se rendre à sa résolution; en conséquence, il entreprit cette cure, et le prépara comme il le jugea convenable.

« Pour faire l'opération, il se servit d'un bistouri, et dirigea par

(1) Ch. Bernard. *An account of a gentleman's being cut for the stone in the kidney with a brief enquiry into the antiquity and practise of nephrotomy* (*Philosophical transactions*, octob. 1696). — Hévin. *Rech. sur la néphrotomie* (*Mém. acad. chir.*, tom. III, in-4, p. 259).

degrés son incision sur la région du rein affecté. Le sang, qui coula d'abord en abondance, l'offusqua, et l'interrompit au point qu'il fut obligé de suspendre l'opération pour cette fois : il pansa donc la plaie, et remit la suite au lendemain. En effet, il reprit l'opération le jour suivant, et la finit en pénétrant jusque dans la substance du rein. Après en avoir tiré deux ou trois petites pierres, il pansa de nouveau son malade, qui depuis ce moment fut délivré des douleurs violentes qu'il avait éprouvées jusque-là. Au bout d'un certain temps, il eut la force de se lever et de marcher dans sa chambre ; il n'était survenu ni hémorrhagie, ni fièvre, qui pussent le mettre en danger. Marchetti continua de le panser fort long-temps, mais il ne put jamais parvenir à cicatriser la plaie ; l'urine, qui s'écoulait continuellement par le *sinus*, l'avait rendu fistuleuse tout d'abord. Cependant, comme il n'en sortait qu'une petite quantité, Hobson, qui du reste avait repris ses forces et recouvré sa première santé, prit congé du professeur, et revint à Venise avec son épouse, qui prenait soin de le panser. Un matin que cette dame pansait la plaie, elle crut en l'essuyant avoir senti quelque chose de dur et d'inégal. Cette découverte l'engagea à examiner l'ulcère avec plus d'attention qu'à l'ordinaire, en se servant d'une aiguille à tête, au lieu de sonde. Il se trouva que ce corps dur et raboteux était une pierre de la figure et du volume d'un noyau de datte, qu'elle tira. Depuis que cette pierre eut été extraite, le malade ne se plaignit jamais de la moindre douleur dans la région du rein opéré.

« Dix ans ou environ après cette opération, continue Bernard, Hobson revint à Londres ; et le docteur Douns, qui l'avait connu à Venise, nous fit inviter, le docteur Tyson et moi, à l'aller voir.

« Lorsqu'il nous eut fait lui-même le récit dont je viens de donner le détail, il nous permit d'examiner l'état de cette plaie fistuleuse, qui était effectivement toujours restée ouverte, et dont les bords étaient extrêmement calleux, de sorte même que, sans causer de douleur sensible au malade, j'introduisis ma sonde assez avant dans le *sinus*, pour nous faire estimer que j'avais pénétré jusque dans le rein. La matière qui sortait

alors de la fistule, était en petite quantité, mais toujours mêlée d'urine, dont elle avait aussi une forte odeur. L'orifice extérieur de cet ulcère se fermait quelquefois pour trois ou quatre jours, et alors la matière s'évacuait par les routes naturelles, conjointement avec l'urine, sans trouver aucun obsacle, et sans occasioner la moindre douleur. On ne peut douter, poursuit toujours le narrateur, qu'il n'y eût adhésion du rein avec le muscle psoas. Dans le temps que nous avons visité le *sinus* fistuleux, Hobson n'appliquait au-dehors qu'une compresse de linge blanc, qui s'imprégnait toujours d'une forte odeur d'urine. Du reste, il paraissait en état de satisfaire à toutes les fonctions de la vie, et de soutenir les mêmes fatigues que tout autre homme de son âge : je pense qu'il pouvait avoir pour lors un peu plus de cinquante ans; le lendemain même de notre visite, il proposait de faire à cheval, et en poste, quarante ou cinquante milles d'Angleterre.

J'ai entendu dire que Hobson est mort depuis, mais je n'ai pu m'informer de quelle maladie. »

Bernard, chirurgien très instruit et qui connaissait tout ce qui avait été dit d'important sur la néphrotomie, paraît considérer ce cas comme le seul exemple authentique de cette opération, si on excepte les cas d'abcès calculeux dans la région lombaire ouverts par des chirurgiens.

Haller croit aussi que ce cas est un exemple de véritable néphrotomie (1) : « Secti sunt certe renes per ipsum dorsum, et audax experimentum in legato britannico fecit Marchetti. »

Hévin (2) émet une opinion contraire : « Le détail de l'opération qu'on vient de lire, dit-il, quelque bien circonstancié et quelque authentique même qu'il doive paraître, n'est cependant exposé, comme Bernard l'avoue lui-même, que d'après le récit du malade opéré. Or, cette simple narration peut-elle, absolument parlant, nous garantir que Dominique de Marchetti, quoi-

(1) Haller. *Comment. in Prælect acad.* Boerhaavii, tom. III, § 352, p. 202.
(2) *Lieu cité*, p. 262.

que dise Haller de la certitude de ce fait, n'ait été guidé dans l'exécution de cette opération par quelque tumeur ou dureté extérieure à la région lombaire, qui aurait pu d'ailleurs échapper à la connaissance du malade et de son épouse? Je veux cependant bien admettre pour un moment, que Marchetti ait véritablement pratiqué la néphrotomie sur le rein dans son intégrité; le cas n'était-il pas assez grave et assez extraordinaire pour que ce praticien, qui avait très long-temps résisté aux sollicitations les plus vives et aux importunités du malade, par l'extrême répugnance qu'il avait d'entreprendre une pareille opération, ne se déterminât pas à la pratiquer, sans y appeler quelques maîtres de l'art? En supposant donc, comme on pourrait me l'objecter, la mort de Marchetti, survenue peu de temps après cette opération, serait-il croyable qu'aucun des assistans n'eût songé, à son défaut, à en publier le détail? Pourrait-on même se persuader que Pierre de Marchetti, propre frère de ce praticien, et qui aurait, sans aucun doute, été invité à cette opération, ou qui du moins en aurait eu quelque connaissance, puisqu'il n'est mort que depuis son fils Dominique, en 1673, n'eût tenu compte d'insérer les détails dans ses papiers? ou enfin que ceux qui, après sa mort, furent chargés de recueillir ses manucrits, eussent négligé de lui donner place avec ses autres ouvrages posthumes, dans la troisième édition de son *Sylloge obs. med. chir. rarior.*, imprimée en 1675. Je crois au moins qu'on ne disconviendra pas que c'est toujours un témoignage bien essentiel qui manque à cette observation, et que ce silence de l'opérateur et des témoins paraît jeter quelques nuages sur la réalité d'un fait aussi intéressant à tous égards, d'un fait qu'on pourrait regarder comme merveilleux, pour ne pas dire unique. Mais ne serait-il pas plus raisonnable de supposer, comme je l'ai fait, que Dominique de Marchetti fut guidé, dans son opération, par une tumeur ou par une dureté à la région du rein? Et dans cette supposition, qui ferait naturellement rentrer cette néphrotomie dans la classe des opérations plus familières et déterminées, Marchetti se trouverait bien plus légitimement encore à l'abri du reproche du silence, d'autant plus qu'il aurait jugé pouvoir se dispenser de publier

un fait dont il se trouvait un nombre d'exemples dans les observateurs qui l'avaient précédé. »

E. Blancard (1) fait aussi mention d'un cas de néphrotomie tentée pendant la vie et qui ne put être terminée.

Schurig (2) rapporte le cas suivant : Un général a raconté en sa présence, au seigneur de Birckholtz, officier général au service du roi de Pologne, électeur de Saxe, et qui était violemment tourmenté pour lors de la pierre dans le rein, que, pendant le séjour qu'il fit en France peu d'années auparavant, il avait assisté à une opération de la néphrotomie exécutée à Paris, et qu'il avait vu faire une incision au rein et l'extraction d'une grosse pierre. Schurig ajoute que le but de ce général était de persuader audit seigneur malade de se rendre au plus tôt en France pour se faire faire la même opération. Le seigneur de Birckholtz, qui souffrait non-seulement dans le rein gauche, mais encore dans l'uretère, mourut quelque temps après sans se faire opérer. Quant à l'opération que le général affirmait avoir été pratiquée à Paris, nul chirurgien français n'en a fait mention.

Mery (3), persuadé qu'on pratiquait la néphrotomie du temps d'Hippocrate, et s'appuyant d'ailleurs de cas bien connus dans lesquels des abcès des reins s'étaient fait jour par les lombes, conseilla de recourir, dans certains cas, à la néphrotomie.

John Douglas (4) essaya sur le cadavre d'un calculeux, âgé de 53 ans, l'opération de la néphrotomie, qu'on avait dit avoir été pratiquée avec succès par Dominique de Marchetti. Persuadé que ce sujet portait une pierre dans le rein droit, Douglas tenta l'opération sur ce côté des lombes, mais il rencon-

(1) « Cum in Frislandia cuidam personæ calculus ex rene secari deberet, apparebat in operatione, calculum non in pelvi, sed in ipsa carne hærere » (Blancard. *Prax. medicin.*, part. 1, cap. 62, p. 421. — Cité par Schurig. *Lithol. hist. med.*, cap. XIII, § 10, De nephrotomia, p. 759).

(2) Schurig. *Lithologia historico-medica*, in-4. Dresdæ et Lipsiæ, 1744, cap. XIII, § 7, p. 756.

(3) Mery. *Observations sur la manière de tailler*, p. 2 et suiv.

(4) Douglas. *Observations sur des pierres trouvées dans les reins, avec des remarques sur la néphrotomie* (*Essais d'Edimburg*, t. 1, art. 20, ann. 1733).

tra tant de difficultés dans cette opération, qu'il aurait souhaité que Marchetti eût indiqué la manière de la faire. Ce célèbre chirurgien ajoute que les difficultés qu'on rencontre dans cette opération viennent de l'épaisseur des tégumens communs et des muscles; épaisseur qui, dans ce sujet, était d'environ trois pouces et demi. Lorsque le péritoine fut découvert, dit-il, j'observai que le colon était placé entre cette membrane et la surface convexe du rein. Après que j'eus écarté cet intestin, il se présenta un gros nerf qui passait précisément sur l'endroit du rein où il aurait fallu faire l'incision; mais la plaie était déjà si profonde, qu'il me parut impossible de pénétrer à travers la substance du rein jusque dans le bassinet; c'est pourquoi, ayant remis le cadavre dans la situation ordinaire, j'ouvris le rein selon la méthode usitée, et je tirai deux pierres. L'une, triangulaire, pesait une demi-once, et l'autre, qui pesait seulement seize grains, avait la forme d'un carré irrégulier.

Ledran (1) rapporte un cas d'abcès aux lombes, après l'ouverture duquel il sortit un calcul gros comme un pois.

Günz (2) conseille d'ouvrir les abcès aux lombes provenant des reins, afin qu'ils ne s'ouvrent point à l'intérieur.

Tous ces faits témoignaient que l'expérience confirmait de plus en plus l'avantage qu'il y a d'ouvrir de bonne heure les abcès provenant des reins.

La question de la néphrotomie continuait à occuper les médecins et les chirurgiens. En 1754, Th. de Bordeu (3) soutint de nouveau, à l'Ecole de Médecine de Paris, sous la présidence de Bringault (Jean Ant.), la thèse de Cousinot, et absolument dans les mêmes termes, savoir : que les reins calculeux doivent être incisés dans le point où ils font *tumeur* ou dans le point *le plus douloureux*. Dans une autre thèse soutenue, la même année (1754), au collège de chirurgie de Paris, sous la présidence de Borde-

(1) Ledran. *Observat. de chirurg.*, tom. II, ob. LXVI, p. 87, in-12. Paris, 1737.

(2) Voyez : Platner. *Inst. chirurg.*, § 1356, in notâ.

(3) *Ergò ut suppurato reni, sic calculoso ferrum.*

nave, Masquelier (4) nia que la néphrotomie fût praticable lorsque le rein ne faisait pas tumeur. Il n'y avait pas absolument diversité d'opinion entre les deux écoles sur cette grave question, comme Hévin l'avance à tort; car, d'une part, ni Cousinot, ni Bordeu n'avaient soutenu qu'on dût pratiquer la néphrotomie *in rene integro,* et Masquelier ne dit pas qu'il faut s'abstenir d'ouvrir les *abcès provenant des reins* ou les reins formant tumeur. La question, n'étant pas posée dans les mêmes termes, put être résolue différemment sans qu'il y eût réellement opposition.

On continua d'ouvrir les abcès provenant des reins, soit par l'instrument tranchant, soit par le caustique.

Van Swieten (2) rapporte le cas d'une malade qui, après avoir rendu du pus avec l'urine pendant plusieurs mois, eut, dans la région du rein droit, une tumeur qui fut ouverte par la pierre à cautère. Il en sortait du pus en abondance. La plaie resta fistuleuse, mais l'urine redevint naturelle; probablement que la sécrétion du pus se tarit, ou bien que la communication du bassinet avec la vessie fut interrompue.

Vers la même époque, Robinson (3) publia des remarques en faveur de la néphrotomie; mais elles ont peu de valeur. Elles reposent sur des faits obscurs ou tout-à-fait contestables. Robinson admet sans critique le cas du franc archer et celui du consul Hobson, comme des exemples de néphrotomie. Il ajoute et sans plus de fondement que cette opération avait été pratiquée, chez les Arabes, par des charlatans. Or, ce n'est pas, dit-il, une raison suffisante pour la repousser; car, avant Cheselden, le traitement des maladies des yeux, et surtout celui de la cataracte, étaient abandonnés en Angleterre à des opérateurs ambulans.

(1) *Ergo reni calculoso integro ferrum non est adhibendum.*

(2) Gerardi Van Swieten. *Commentaria in H. Boerhaave aphorismos,* in-4, Parisiis, 1771, t. III, p. 241, § 1001.

(3) Robinson (N.). *A complete treatise of the gravel and stone,* in-8, London, 3d edit., 1734, part. II, chap. 5, p. 226.

Les observations de calculs sortis par des fistules lombaires continuaient de s'accumuler.

Fraumantin (1) rapporta un cas de fistule rénale lombaire, survenue après l'ouverture spontanée d'une tumeur inflammatoire. Cette fistule durait depuis vingt ans. Une excroissance fongueuse s'étant formée à l'ouverture extérieure de la fistule, Fraumantin détruisit à plusieurs reprises ces fongosités, et Morand père fit dilater, autant que possible, l'orifice de la fistule. Enfin, un jour, en se pansant, le malade sentit avec le doigt, à l'orifice du sinus un corps dur et pointu qui vacillait : c'était un calcul gros comme une noix, de volume médiocre et d'une grande dureté. Peu de jours après la sortie de cette pierre, la fistule se cicatrisa, et le malade fut parfaitement guéri.

Plusieurs observations d'abcès lombaires provenant des reins ouverts, soit avec l'instrument tranchant, soit avec la caustique, et d'où on avait extrait des calculs rénaux, ont été aussi rapportées par Lafitte (2) et citées, à tort, comme des exemples de néphrotomie. Dans l'un, il s'agit d'une femme âgée de 35 ans qui, depuis quinze jours, avait une tumeur à la région lombaire gauche; on l'incisa, et il en sortit beaucoup de pus. Plus tard, une sonde introduite à la profondeur de quatre ou cinq pouces, fit sentir un corps dur; l'orifice de la fistule fut agrandi par une incision, et deux pierres furent extraites à l'aide de pinces à anneau : la malade guérit. L'autre cas est celui d'un jeune homme de 25 ans, qui avait à la région lombaire droite une tumeur qui devint ensuite plus apparente à la région iliaque du même côté; cette tumeur fut ouverte par la pierre à cautère, la plaie resta fistuleuse pendant dix ans, au bout desquels on fit l'extraction d'une pierre; cependant la fistule persista, un autre calcul existant probablement au fond du foyer. Le troisième cas est celui d'un homme qui portait une fistule aux lombes. Huit ans environ après le développement de la tumeur lom-

(1) Fraumantin, cité par Hévin. *Mém. de l'Académ. royale de chirurg.*, tom. III, p. 324.

(2) Lafitte. *Sur les cas où la néphrotomie se fait avec succès* (*Mémoires de l'Acad. royale de chirurgie*, t. II, p. 233, in-4, 1769.

baire, il sortit naturellement de la fistule une pierre grosse comme la seconde phalange du petit doigt.

Bientôt après, Hévin (1) exposa d'une manière large et complète les opinions et les observations qui se rattachaient à l'histoire de la néphrotomie. Ce qui distingue surtout ses belles et savantes recherches, ce sont les efforts qu'il fit pour préciser les conditions dans lesquelles on devait pratiquer la néphrotomie (et sous ce nom il comprenait surtout l'*incision des abcès des lombes provenant des reins*) de celles dans lesquelles cette opération devait être rejetée. On peut résumer ainsi ses conclusions, auxquelles se sont conformés plus tard nos plus fameux chirurgiens.

1° La néphrotomie ou l'incision du rein n'est, à proprement parler, praticable que dans le cas d'*abcès* qu'on peut découvrir extérieurement par quelques signes, soit que le rein soit calculeux ou non.

2° Il n'y a pas de temps à perdre en pareille occurrence, et on doit ouvrir l'abcès dès qu'on sent la fluctuation.

3° Si, après l'ouverture de l'abcès, on soupçonne une pierre dans le rein, on doit faire toutes les perquisitions nécessaires, soit avec la sonde, soit avec le stylet, soit même avec le doigt, pour la reconnaître et tâcher d'en faire l'extraction avec l'instrument le plus convenable.

4° Il faut s'opposer au rapprochement trop prompt des chairs, jusqu'à ce qu'on soit bien assuré qu'il n'y a plus de pierres ou de graviers dans le foyer.

5° Il faut agrandir ou dilater les fistules lombaires, consécutives aux abcès des lombes, pour opérer l'extraction des calculs qu'on peut rencontrer dans leur profondeur.

6° Enfin, la néphrotomie ne doit point être pratiquée lorsqu'il n'y a pas de tumeur aux lombes qui puisse guider l'opérateur.

Depuis lors, on a plusieurs fois cité comme des exemples de *néphrotomie*, des cas de simple incision d'abcès des lombes

(1) Hévin. *Recherches historiques et critiques sur la néphrotomie ou taille* (*Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*, tom. III, 238, Paris, in-4.

provenant des reins. Tel est le suivant, rapporté par Hippeau (1) :

Un enfant de 13 ans, après avoir présenté les symptômes ordinaires de la pyélite, rendait des urines purulentes et était en proie à une fièvre lente; la région du rein droit était tendue et un peu œdémateuse. Hippeau proposa l'opération de la néphrotomie; mais l'enfant ne voulut point s'y soumettre. On eut recours alors à l'application de la pierre à cautère, qui produisit une eschare de deux pouces de long sur six lignes de large. Le lendemain, Hippeau fit une incision cruciale sur l'eschare jusqu'au vif; puis, ayant senti, au fond de la plaie, comme une espèce de fluctuation, sans consulter le malade, il incisa jusqu'au rein où, dit-il, je rencontrai le dépôt. Il sortit par la plaie un demi-verre de pus mêlé de sang et de matière urineuse. Pendant les six premiers jours, la suppuration était très abondante. La fièvre céda entièrement le dixième jour de l'opération. Depuis cette époque, les urines cessèrent d'être purulentes. Le soixante-neuvième jour après l'opération, la plaie paraissait cicatrisée, à l'exception d'un très petit trou fistuleux par lequel s'opérait encore un léger suintement urineux. Six mois environ après l'opération, le petit malade travaillait dans le pays comme les enfans de son âge, et ne ressentait de douleurs que lorsqu'il se fatiguait beaucoup; alors, on remarquait en lui un peu de claudication. L'auteur ne dit pas si, à cette époque, la petite ouverture fistuleuse était ou non complètement fermée.

Pour tout ce qui regarde le traitement chirurgical de calculs des reins et de tumeurs purulentes des lombes provenant des reins, Boyer (2) est d'accord avec Hévin, mais il décrit avec plus de netteté et de précision les deux foyers purulens qu'on rencontre souvent dans les tumeurs lombaires calculeuses; l'un profond, ayant son siège dans le rein même, l'autre superficiel, situé dans le tissu cellulaire extra-rénal.

(1) Hippeau. *Observation et reflexions sur une néphritis idiopathique, terminée par suppuration et guérie par l'opération de la néphrotomie* (Recueil périodique de la société de médecine de Paris, par Sédillot, t. XI, p. 400).

(2) Boyer. *Traité des maladies chirurgicales*, tom. VIII, p. 498 et suiv.

M. Velpeau (1), comme Hévin et comme Boyer, pense que la néphrotomie ne peut être proposée que pour le petit nombre de cas où le flanc, devenu le siège d'une fluctuation évidente, après de nombreux signes d'affections calculeuses dans le rein, permet d'arriver facilement et avec certitude dans le foyer morbide, ou bien encore pour ceux dans lesquels un ulcère fistuleux aurait permis de toucher immédiatement la pierre avec un instrument explorateur, ou bien enfin lorsque le calcul lui-même proémine à l'extérieur et peut être reconnu à travers les tégumens.

Sur cette grave question, je me suis exprimé à-peu-près comme ces habiles et savans chirurgiens (§ 656 et suiv.).

Il résulte de cet aperçu, que j'aurais désiré pouvoir abréger :

1° Que la description donnée par Hippocrate, des abcès des lombes provenant des reins, est des plus remarquables, et que le précepte qu'il énonce, d'*ouvrir ces sortes d'abcès*, est une vérité pratique, confirmée par le temps et l'expérience.

2° Que ni Hippocrate, ni aucun autre médecin grec ou latin, antérieur aux Arabes, n'a parlé de la *taille du rein*; qu'aucun médecin de cette époque n'a mentionné la sortie spontanée, ou l'extraction d'un calcul rénal par les lombes.

3° Que si Sérapion et Avicenne ont avancé que des médecins de l'antiquité avaient pratiqué la néphrotomie (*l'incision du rein*), rien ne le prouve; et que, si des médecins et des chirurgiens, postérieurs à la renaissance, ont cru et affirmé que cette opération avait été conseillée par Hippocrate, cette erreur provient d'une fausse interprétation d'un passage, d'ailleurs fort remarquable, du livre des *Affections internes*.

4° Que les premières observations d'issue de calculs par des abcès des lombes ouverts spontanément, ou par une incision, ou par des caustiques, ont été publiées par Ricchieri, D'aléchamps, Coiter, etc.

5° Que dans l'histoire du franc-archer de Meudon, rapportée par Jean de Troyes, il n'est point fait mention de l'extrac-

(1) Velpeau. *Nouveaux élémens de médecine opératoire*, 2e édit., tom. IV, p. 667, in-8, Paris, 1839.

tion d'un calcul, et que l'état de la région lombaire, avant l'opération, n'a point été indiqué.

6° Qu'en admettant (ce qui paraît incontestable) que Marchetti ait extrait une pierre des lombes du consul Hobson, il reste à savoir s'il y avait ou non un abcès aux lombes, si la peau et les muscles seuls furent divisés, ou si l'incision porta ensuite sur le rein lui-même.

7° Que les chirurgiens et les médecins, d'accord pour recommander l'ouverture des abcès extra-rénaux, et pour repousser la néphrotomie lorsqu'il n'y a pas de tumeur lombaire, n'ont pas assez généralement reconnu l'utilité dont pourrait être la néphrotomie pour les cas dans lesquels le rein, très distendu, est transformé en une énorme poche douloureuse, susceptible de se perforer.

8° Qu'il y aurait souvent danger, en de tels cas, à attendre, comme Boyer et la plupart des chirurgiens le recommandent, qu'un abcès extra-rénal se fût formé; la poche rénale pouvant s'ouvrir dans le péritoine ou dans l'intestin, et la mort promptement survenir.

9° Que, lorsqu'un des reins forme tumeur dans le flanc, si celui du côté opposé vient à être obstrué, il faut inciser le rein le plus anciennement affecté et formant tumeur.

10° Que, si le conseil donné par Hévin, de ne point inciser le rein, lorsqu'il n'y a point de tumeur aux lombes, a été généralement adopté; il serait cependant permis de tenter la néphrotomie dans un cas de mort imminente par l'effet d'une pyélite calculeuse double, sans tumeur, mais avec anurie complète.

11° Que dans le traitement des tumeurs rénales l'incision est généralement préférable à la cautérisation et à la ponction.

§ 724. Je ne dirai qu'un mot de l'*extirpation d'un des reins* que Blancard (1) et quelques autres chirurgiens ont cru pratiquable. Cette pensée aventureuse paraît avoir eu sa source dans ce fait, qu'on peut enlever un des reins à des chiens ou à d'autres ani-

(1) Blancard (E.). *Lexicon nov. med. græco-latinum*, in-8. 1690. art. NEPHROTOMIA. Dans l'édition postérieure du *Lexicon* de Blancard, publiée par Isenflamme (1777-78), on a supprimé ce qui faisait allusion à l'extirpation d'un des reins.

maux sans occasioner la mort. Mais, s'il est facile d'extirper un rein sain sur un animal; si cette extirpation a été plusieurs fois pratiquée par Jos. Zambeccari (1), par Comhaire (2) et par moi-même, sans entraîner la mort de l'animal, ce serait folie que de tenter, chez l'homme atteint de calculs, une telle opération. Chez les animaux même, on rencontrerait des difficultés sans nombre, s'il s'agissait d'un rein calculeux et en suppuration; les adhérences qu'il aurait contractées avec le péritoine et les parties environnantes, ne permettraient pas de l'extirper, sans occasioner des désordres mortels.

Pyélo-néphrite.

§ 725. J'ai désigné, sous le nom de *pyélo-néphrite*, la réunion de l'inflammation du bassinet et des calices avec l'inflammation des deux substances rénales. Dans ces cas complexes, on trouve à-la-fois plusieurs altérations du tissu du rein, déjà décrites (§ 634), et figurées dans la première livraison de cet ouvrage (3), et d'autres altérations produites par l'inflammation aiguë ou chronique des calices ou du bassinet (§ 635) (4). De l'association de ces lésions résultent des états morbides, plus graves que ces lésions elles-mêmes, et qui peuvent être reconnus, pendant la vie, à des modifications notables dans la composition et l'excrétion de l'urine, et, après la mort, à un aspect particulier des parties affectées.

L'examen d'un très grand nombre de reins enflammés ne laisse aucun doute sur le fait que la pyélo-néphrite est beaucoup plus fréquente que les néphrites et les pyélites proprement dites.

Dans la pyélo-néphrite, l'inflammation débute presque toujours par le bassinet et les calices; il est rare qu'une inflam-

(1) Zambeccari. *Experim. circa divers. e var. anim. viv. exsec. visc.* — *Supplem. ad act. nov. erudit. Lips.*, sect. VI, p. 275. — Manget. *Biblioth. anatom.*, t. II, p. 1101.

(2) Comhaire. *Diss. sur l'extirpation des reins*, in-4, Paris, 1803.

(3) ATLAS. Pl. I, II, III, IV, V.

(4) ATLAS. Pl. XI, XII, XIII, XV.

mation, primitivement développée dans les reins, se propage ensuite à leurs conduits excréteurs.

§ 726. La pyélo-néphrite peut être produite par toutes les *causes* qui déterminent l'inflammation du bassinet et des calices, telles que la présence de calculs ou de vers, ou par la rétention de l'urine, lorsque le passage de ce liquide dans l'uretère, dans la vessie ou dans l'urèthre se trouve intercepté.

Les inflammations de l'urèthre, celles de la vessie qui sont produites par des corps étrangers, par la rétention de l'urine, rétention que causent les tumeurs ou les engorgemens de la prostate, les rétrécissemens de l'urèthre, etc., ces inflammations, dis-je, après s'être propagées aux uretères et aux bassinets, s'étendent aussi quelquefois aux substances du rein. Le plus grand nombre des cas de pyélo-néphrites que j'ai observés, étaient consécutifs à des rétentions d'urine (Atlas, Pl. xvi, fig. 1, 2), à des inflammations ou à des altérations organiques de la vessie, précédées ou non d'altération de l'urèthre ou de la prostate. C'est à l'inégale fréquence de ces dernières affections, dans les différens âges, qu'il faut attribuer le nombre proportionnellement plus grand des pyélo-néphrites chez les vieillards. En étudiant comparativement les pyélo-néphrites dans les deux sexes, j'en ai trouvé la proportion plus considérable chez l'homme. Mais la différence n'est pas aussi marquée qu'on pourrait le croire au premier abord, vu la fréquence des maladies de l'urèthre et de la prostate chez l'homme; chez la femme, le développement de la matrice dans les grossesses, les inflammations du vagin et de l'utérus, les cancers et les tumeurs de la matrice et des ovaires, sont des causes fréquentes de cystite et d'altérations organiques de la vessie, de distensions urineuses rénales, et par suite d'inflammation des uretères, des bassinets et des reins.

§ 727. La pyélo-néphrite peut affecter une marche *aiguë* ou *chronique*. Etudiée dans sa nature, dans ses conditions de développement et d'existence, cette double inflammation forme un groupe composé de plusieurs espèces. Les principales sont les suivantes : 1° pyélo-néphrite simple; 2° pyélo-néphrite calcu-culeuse; 3° pyélo-néphrite albumineuse; 4° pyélo-néphrite hé-morrhagique et gangréneuse.

Il y a pour toutes ces espèces un phénomène commun : la sécrétion morbide de mucus ou de pus, à la surface du bassinet et des calices enflammés, reconnaissable dans l'urine, quelques heures après son émission, aux caractères de ces humeurs morbides et en particulier à la présence de globules muqueux ou purulens, visibles au microscope; globules qu'on ne remarque point dans les néphrites proprement dites, c'est-à-dire sans inflammation concomitante de la membrane muqueuse des voies urinaires. D'un autre côté, dans toutes les pyélo-néphrites, il y a altération de la sécrétion urinaire; il y a des phénomènes généraux analogues à ceux qu'on observe dans les diverses espèces de néphrites auxquelles les pyélo-néphrites correspondent, et qui n'existent pas dans les pyélites proprement dites : double circonstance qui distingue les pyélo-néphrites des pyélites et des néphrites exemptes de complication.

Je dois me borner ici à ces remarques sommaires sur la nature des pyélo-néphrites; j'insisterai peu sur leurs caractères anatomiques, qui ne sont autres que ceux de la pyélite et de la néphrite réunies, déjà décrits § 635, 636, § 364, 365, et qui ont été figurés dans l'Atlas (Pl. XI, XII, XIII, XV. — Pl. I, II, III, IV, V); je me bornerai à exposer les modifications que ces inflammations, aiguës ou chroniques, des substances rénales ou du bassinet et des calices, éprouvent dans leurs formes, leurs apparences et leurs terminaisons, par le fait de leur réunion.

Lorsque la pyélo-néphrite s'est développée par suite d'une lésion de la vessie, de la prostate ou de l'uretère, il est rare que les deux reins ne soient pas attaqués; mais ordinairement, tous les deux n'offrent pas des désordres inflammatoires au même degré et dans la même étendue, et il n'est pas toujours possible d'expliquer, par la disposition des parties, cette différence. Dans plusieurs cas de rétention d'urine, avec dilatation des deux uretères et distension des bassinets et des calices, on a vu, sur un des reins, l'inflammation sévir spécialement dans l'uretère, le bassinet et les calices, tandis que, du côté opposé, les substances rénales étaient principalement affectées.

Lorsque l'accumulation du sang, de l'urine, du pus, s'opère

d'une manière lente et graduelle dans les calices et le bassinet, atteints d'une inflammation chronique, les substances rénales s'atrophient et disparaissent presque complètement avant de s'enflammer. Dans ce cas, la néphrite est représentée par quelques points purulens épars à la surface des reins, transformés en une espèce de coque ou une poche multiloculaire (Atlas, Pl. xviii, fig. 4), tandis que la sécrétion du pus s'opère en général dans la cavité du bassinet et des calices distendus (Atlas, Pl. xviii, fig. 5); dans les pyélo-néphrites aiguës, au contraire, les substances rénales, à peine déformées, apparaissent infiltrées d'un grand nombre de points purulens (Atlas, Pl. xvi, fig. 2), tandis que le bassinet, peu dilaté, parsemé d'arborisations vasculaires, n'offre pas encore une large surface au travail inflammatoire; ou bien (Atlas, Pl. xviii, fig. 2) le bassinet, dilaté, arborisé, ne sécrète pas encore de mucus altéré, lorsque les substances rénales sont déjà considérablement tuméfiées et infiltrées de pus.

Les substances rénales et leurs membranes extérieures, enflammées, gorgées de sang et de pus, opposent une forte résistance à la dilatation du bassinet et des calices; aussi, dans les pyélo-néphrites, les reins offrent-ils bien rarement les dimensions monstrueuses qu'ils acquièrent quelquefois dans les hydronéphroses (Atlas, Pl. xxi, fig. 1), ou à la suite de pyélites chroniques avec obstacle au passage du pus dans la vessie. D'ailleurs, dans une foule de cas, l'acuité du travail inflammatoire, favorisée par la correspondance ou par la contiguïté de points enflammés des calices et du bassinet, avec des points en suppuration des substances rénales, donne lieu à des infiltrations urineuses, à des abcès extra-rénaux, et à des fistules rénales, dont les suites, si elles ne sont prévenues par l'art, sont, le plus souvent, promptement mortelles.

§ 728. Je me bornerai à une seule remarque relativement au traitement de la pyélo-néphrite. Les règles que j'ai posées pour le traitement de la pyélite et de la néphrite aiguës et chroniques, sont certainement applicables aux cas complexes dans lesquels ces affections sont réunies; toutefois, dans la grande majorité des cas de pyélo-néphrite, il faut combattre, avant

tout, l'inflammation des reins, beaucoup plus grave que celle de leurs conduits excréteurs.

Périnéphrite.

§ 729. J'ai cru devoir grouper, sous le nom de *périnéphrite*, plusieurs inflammations des membranes adipeuse, fibreuse et celluleuse des reins; inflammations qui, par leurs symptômes et leurs caractères anatomiques, diffèrent essentiellement des pyélites et des néphrites, proprement dites.

§ 730. La périnéphrite, souvent consécutive à une néphrite très intense, survient plus souvent encore à la suite d'infiltrations urineuses dans la membrane celluleuse, sous-fibreuse, ou dans le tissu cellulaire extérieur des reins; infiltrations que déterminent les plaies pénétrantes dans les calices ou dans le bassinet et des fistules rénales, consécutives à des pyélites calculeuses. Dans ces cas, les phénomènes de l'inflammation extra-rénale, jusqu'à ce qu'un abcès se soit formé (abcès extra-rénal *consécutif*), se perdent ou restent confondus au milieu de ceux de l'inflammation du rein et de ses conduits excréteurs.

Mais il est d'autres circonstances dans lesquelles la périnéphrite et ses symptômes, bien que primitivement obscurs et latens, se dessinent plus tard d'une manière évidente, sans avoir été précédés des accidens des néphrites ou des pyélo-néphrites.

A la suite de contusions sur les lombes, de l'impression du froid et de l'humidité, et quelquefois sans cause connue, soit dans le cours des fièvres graves, soit dans un bon état de santé, la couche cellulo-graisseuse qui entoure les reins (*membrane adipeuse*, J. F. Meckel) s'enflamme, s'infiltre de sérosité purulente, ou devient le siège d'abcès plus ou moins considérables, sans que le rein lui-même éprouve, dans ses fonctions, de dérangemens appréciables (abcès extra-rénaux *primitifs*).

§ 731. *Caractères anatomiques.* Des lésions particulières aux membranes des reins et au tissu cellulaire qui les entoure, caractérisent anatomiquement la périnéphrite.

Lorsque l'inflammation de ces parties est *aiguë* et récente, le tissu cellulaire, fin et délié, interposé entre le rein et sa membrane fibreuse, est traversé, en différens sens, par des

vaisseaux fortement injectés de sang; quelquefois il est infiltré de sérosité; du pus est disséminé dans ses mailles, ou rassemblé en foyers plus ou moins considérables (ATLAS, Pl. XVII, fig. 1) sous la membrane fibreuse, soulevée inégalement en plusieurs points. Par suite de cette distension, cette membrane peut se rompre, et l'étendue de cette solution de continuité peut varier entre les dimensions d'une ouverture fistuleuse, d'une légère crevasse ou d'une large déchirure. Dans d'autres circonstances, une certaine quantité de sang s'épanche entre le rein et sa membrane fibreuse, et, sur plusieurs points de la surface externe de cette membrane, on remarque quelquefois de véritables ecchymoses ou des dépôts de lymphe plastique qui unissent plus ou moins intimement le rein avec les parties voisines. Enfin, dans le tissu cellulaire extérieur, surtout dans celui qui correspond à la face postérieure du rein, on trouve quelquefois des collections de pus. L'étendue de ces foyers purulens est très variable. On en a vu de très petits et d'autres qui étaient tellement considérables qu'ils s'étendaient de la face inférieure du foie jusqu'à l'arcade crurale, en formant plusieurs clapiers.

Le tissu cellulaire, situé entre le carré des lombes et ses aponévroses, et même le tissu cellulaire sous-cutané sont injectés de sang, infiltrés de sérosité, et, dans quelques cas avec infiltration urineuse, frappés de gangrène. Le tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire est infiltré de sérosité. Pendant la vie, cet œdème est, avec la fluctuation, un des meilleurs signes des collections purulentes au pourtour des reins. En même temps que ces abcès, on a plusieurs fois rencontré des lésions des reins, du bassinet ou des calices. et plus rarement des abcès dans le foie ou dans la rate, suivant le côté affecté. Enfin, on a vu de semblables abcès communiquer avec l'intestin et même avec les bronches.

A la suite des inflammations *chroniques* des membranes externes des reins, on observe d'autres altérations. La couche celluleuse, située sous la membrane fibreuse du rein, acquiert quelquefois une épaisseur considérable dans presque toute son étendue, ou seulement en quelques points où elle offre de

petites éminences, indurées, circonscrites; d'autres fois elle offre aussi des taches mélaniques, irrégulières, auxquelles participe la membrane fibreuse, qui en est elle-même le siège le plus ordinaire (ATLAS, Pl XLI, fig. 3). Cette dernière membrane peut présenter, à la suite du travail morbide de l'inflammation, un grand nombre d'altérations qui seront ultérieurement décrites.

Je me borne à noter ici que cette membrane adhère quelquefois si fortement à la substance corticale par sa face interne, et aux parties voisines par sa face externe, qu'il est impossible de l'isoler sans en opérer la déchirure ; c'est aussi le moment de remarquer que l'épaississement et les transformations cartilagineuse et osseuse de cette membrane sont non point l'effet de l'âge, mais bien le résultat d'inflammations antérieures, qui ont amené des dépôts de lymphe plastique ou de sels sur une de ses faces ou dans son tissu.

Lorsque la nature ou l'art a donné une issue au pus accumulé dans le tissu cellulaire extra-rénal ; lorsqu'il existe une ou plusieurs fistules dans la région lombaire, le tissu cellulaire et les aponévroses de cette région offrent, non-seulement des altérations analogues à celles que les tissus enflammés présentent dans les autres parties du corps, mais d'autres phénomènes résultant du passage ou de l'imbibition de l'urine, lorsqu'il y a en même temps fistule urinaire.

§ 732. *Symptômes.* Lorsque l'inflammation du tissu cellulaire du pourtour des reins est *primitive ;* lorsqu'elle n'a pas été précédée de désordres fonctionnels des reins et d'altération de l'urine ; lorsqu'elle n'est pas survenue à la suite d'une affection du foie ou de la rate; lorsqu'elle est indépendante d'une inflammation et d'une perforation du bassinet et des calices, suivie d'infiltration urineuse; la périnéphrite peut être bien difficilement distinguée de l'inflammation du tissu cellulaire du voisinage, produite par une perforation du colon (1) ou par d'autres causes. Les malades accusent, dans la région rénale, une douleur plus profonde que dans le lumbago; la région lombaire n'est pas déformée; s'il y a fièvre, l'urine est

(1) J'ai vu un cas dans lequel une semblable perforation du colon ascen-

rouge comme dans les maladies inflammatoires, sans offrir aucun des caractères particuliers aux affections du rein ou du bassinet; les jours suivans la douleur s'étend; le mouvement fébrile continue et le plus souvent augmente d'intensité. Plus tard le flanc se bombe et présente quelquefois une sorte d'empâtement ou d'œdème, alors même que l'on ne peut reconnaître de fluctuation évidente, en palpant avec soin la partie malade. Pendant tout ce temps on n'observe, dans l'urine, rien qui puisse faire soupçonner une collection purulente dans les calices, et on ne remarque rien, non plus, dans les matières fécales qui puisse conduire à admettre une lésion du gros intestin, et, par suite, une fistule stercorale. La percussion du flanc et de la région lombaire démontre que la tuméfaction s'est principalement opérée en arrière. Le plus souvent, cette percussion est douloureuse. Lorsque le pus s'est accumulé en quantité considérable autour du rein, entre le péritoine et les muscles des lombes, il faut se hâter de lui frayer une issue au dehors, sinon l'inflammation s'étendrait inévitablement, et le pus pourrait fuser vers la fosse iliaque ou vers l'arcade crurale, s'épancher dans la cavité péritonéale ou se faire jour dans l'intestin. Il pourrait encore arriver que l'inflammation se propageât au rein contigu au foyer purulent, au foie ou à la rate, et même au poumon situé du côté de l'abcès (Obs. IV). Enfin, dans quelques cas rares, on a vu des abcès, situés au pourtour du rein, être rendus par l'expectoration.

dant fut déterminée par une épingle que le malade avait avalée par mégarde. Des gaz et plus tard des matières fécales s'épanchèrent dans le tissu cellulaire extra-péritonéal de la région lombaire droite, et il s'ensuivit un abcès très considérable. Le malade succomba, quoiqu'on eût ouvert l'abcès peu de temps après sa formation. Ces abcès lombaires intestinaux ne se terminent pas toujours d'une manière aussi fâcheuse. Le docteur Schauffus rapporte qu'un homme, âgé de 40 ans, sujet à la constipation et ayant une hernie, fut atteint, après divers accidens, d'un abcès dans la région lombaire gauche. Cet abcès ayant été incisé, il s'en écoula douze onces de pus fétide. Plus tard, il sortit de l'air par la plaie, et toujours après une sorte de gargouillement dans le ventre. Après être restée long-temps fistuleuse, la plaie se cicatrisa (Hufeland's *Journ. der praktischen Heilkunde*, Bd, 2. S. 286-292).

L'ouverture des abcès voisins des reins fournit ordinairement une grande quantité de pus d'une odeur très fétide. Cette fétidité était telle dans deux cas particuliers que j'ai observés, qu'on aurait pu croire que ces abcès communiquaient avec la cavité du colon, si nous n'avions su, par expérience, que le pus des abcès voisins de cet intestin a quelquefois une odeur analogue à celle du pus qui provient des abcès stercoraux, et si je n'avais constaté, d'ailleurs, l'absence de tout phénomène et de toute circonstance qui pussent faire admettre l'existence d'une lésion intestinale.

En de tels cas, l'évacuation de pus est ordinairement suivie, et presque immédiatement, d'un très grand soulagement. Et s'il ne survient pas de nouveaux accidens, ou quelque complication, la guérison de ces abcès ne se fait pas long-temps attendre.

§ 733. Lorsque les abcès du pourtour des reins surviennent, au contraire, à la suite d'une infiltration urineuse dans le tissu cellulaire extra-péritonéal (abcès consécutifs à la *perforation* du bassinet ou des calices), (ce qui a lieu assez fréquemment dans le cas de pyélite calculeuse avec distension du bassinet et des calices), l'ouverture de semblables abcès est souvent suivie de fistules, dont la guérison ne s'obtient quelquefois qu'au bout de plusieurs années, et après la sortie d'un ou plusieurs calculs. Ces abcès extra-rénaux *consécutifs* peuvent être, le plus souvent, distingués facilement des abcès extra-rénaux *primitifs*. En effet, le plus ordinairement, des coliques néphrétiques, ou bien une douleur aux lombes, dans la région rénale, ou bien encore, l'émission habituelle d'une urine purulente, quelquefois avec développement d'une tumeur dans le flanc, a précédé, dans le cas d'abcès extra-rénaux *consécutifs*, la formation de l'abcès lombaire, tandis que l'abcès extra-rénal *primitif* survient le plus souvent, sans cause apparente, chez un individu habituellement bien portant. Il est encore un symptôme distinctif des abcès extra-rénaux consécutifs, mais qu'il ne faut pas s'attendre à rencontrer fréquemment: je veux parler de l'*odeur urineuse* du pus, indiquée comme signe de ces abcès, par un assez grand nombre de chirurgiens. Pour moi, non-seulement je n'ai pu

reconnaître cette odeur urineuse en flairant l'ouverture d'abcès consécutifs à des pyélites calculeuses récemment ouverts, mais même en flairant l'intérieur de reins ouverts après la mort et dont les bassinets et les calices énormément distendus, étaient remplis de pus. J'ajoute que les abcès voisins des reins sont également voisins du gros intestin, et que cette dernière circonstance a, dans un grand nombre de cas, une influence telle sur l'odeur du pus, que, si sa fétidité peut être comparée à celle de quelque autre pus, c'est bien plutôt à celle du pus provenant d'abcès stercoraux de la marge de l'anus, qu'à celle du pus des abcès urineux du périnée, par exemple.

§ 734. Les détails dans lesquels je suis entré en traitant du *diagnostic* différentiel des tumeurs et des abcès du rein consécutifs à la pyélite calculeuse, me dispensent de reproduire ici les signes à l'aide desquels on peut distinguer les abcès primitifs ou consécutifs, situés au pourtour des reins, des autres abcès des lombes, et, en particulier, des abcès stercoraux consécutifs aux perforations des portions ascendante et descendante du colon; des abcès par congestion, déterminés par la carie des vertèbres lombaires; des abcès situés dans la gaîne du psoas (1), et d'autres tumeurs qui peuvent se développer dans les mêmes régions (§ 651). Plusieurs observations d'abcès rénaux

(1) Fabrice de Hilden cite, comme exemple d'abcès sous le psoas un cas dans lequel le foyer était plus probablement situé au pourtour du rein, car dans l'observation il est fait mention d'accidens du côté des voies urinaires. Voici le fait : « Cosmus Slotanus chirurgus præstantissimus, in Gersheim, ad honestam matronam accersitus, eam invenit decumbentem cum acutissimis doloribus circa lumbos, febre, leipothymia, et *urinæ difficultate*. Is cum ex doloris specie et aliis indiciis cognovisset apostema esse internum (exterius enim nihil apparebat, nec tactu quicquam apprehendi poterat) nimirum sub psoa musculo, qui Vesalio femur moventium sextus et septima musculorum tabula *t* octava θ notatus est, vitæ periculum prædixit : nisi forte aperto latere illo, contentus humor efflueret. Annuentibus amicis, ipse ad spinæ dorsi latus, cutem et musculos exteriores ad psoam usque incidit novacula. Effluxit copiosus humor purulentus et fœtidus. Ab eo tempore mitigata sunt symptomata omnia, et ipsa brevi restituta vixit et valuit multos annos (G. Fabricii Hildani *Observ. et curat. chirur.*, cent. 1. Obs. 63. — *Thesaurus chirurgiæ*. P. Uffenbach., in-fol. Francofurti, 1610, p. 1112).

primitifs ou consécutifs, rapportées plus loin, compléteront d'ailleurs l'histoire de ces abcès.

§ 735. Je n'ai que peu de chose à ajouter relativement au *traitement* de la périnéphrite. Lorsque cette inflammation est *primitive* et indépendante d'une perforation du bassinet et des calices, ses progrès peuvent être arrêtés par des émissions sanguines, générales et locales, par des bains et des applications émollientes; mais il ne m'est pas démontré qu'on puisse dans de semblables cas prévenir la formation d'un abcès.

Les abcès *primitifs* doivent être ouverts avec le bistouri; l'incision me paraît aussi préférable à la ponction, à la cautérisation, et à la cautérisation suivie d'incision, auxquelles on a quelquefois eu recours, avec succès, dans le traitement d'abcès extra-rénaux *consécutifs*.

Lorsqu'on a lieu de supposer que de tels abcès sont entretenus par la présence d'un corps étranger ou par une fistule rénale, s'ouvrant au fond du foyer, loin de chercher à obtenir l'occlusion de l'ouverture fistuleuse extérieure qui a remplacé l'incision, il faut s'attacher, au contraire, à la prévenir; si on agissait autrement, le pus, dont la formation est entretenue par la présence du corps étranger, ou le pus mélangé avec l'urine, ne pouvant se faire jour au-dehors, déterminerait une nouvelle extension de l'inflammation, suivie d'une collection purulente plus abondante qu'il faudrait se hâter d'ouvrir, ou qui ne tarderait pas à déterminer des accidens de la nature la plus grave (Voyez : FISTULES RÉNALES).

Historique et observations.

§ 736. On a remarqué très anciennement (voyez : PYÉLITE, § 719) que les collections purulentes dans les reins, ou plutôt dans le bassinet et les calices, finissaient par donner lieu à d'autres collections purulentes *autour des reins*, dont il fallait se hâter de pratiquer l'ouverture. Mais ce n'est réellement que dans ces derniers temps qu'on s'est attaché à bien distinguer, de ces collections purulentes, d'autres abcès situés autour des reins et indépendans d'altérations de ces organes. Ces abcès extra-

rénaux *primitifs* ont plusieurs fois paru se développer sous l'influence d'une cause rhumatismale ou du moins sous l'influence des causes qui produisent le rhumatisme. D'après ces considérations, j'ai cru devoir ranger en deux séries les observations relatives aux *abcès formés autour des reins*.

§ 737. La première série comprend les cas d'abcès extra-rénaux *primitifs* ou au moins indépendans d'une fistule rénale, borgne, interne.

On peut, ce me semble, rapporter aux abcès extra-rénaux primitifs, une observation recueillie par Pierre de Bayro (§ 719), relative à un abcès situé dans la région lombaire, et dont la guérison fut très prompte après qu'on eut donné issue au pus par une incision pratiquée sur la tumeur.

A la suite de *contusions* violentes des lombes et des parties environnantes, on a vu s'établir des inflammations et des suppurations, quelquefois très étendues, du tissu cellulaire qui environne le rein. M. R. H. Bell (1) rapporte le cas d'un soldat qui, s'étant fortement heurté contre un poteau, éprouva une douleur vive dans la région du rein droit et des vomissemens continuels. Les urines étaient très rouges et déposaient un sédiment rouge. Le malade mourut le vingt-quatrième jour de l'accident. Le foie offrait une déchirure recouverte d'une fausse membrane; et il y avait une collection purulente à la partie antérieure du foie, et un autre abcès en arrière qui contenait environ deux pintes de pus. Cet abcès avait fusé le long du bord convexe du rein droit jusqu'au cœcum, qui était perforé à sa face postérieure.

§ 738. Le tissu cellulaire qui entoure le rein, peut s'enflammer à la suite de *plaies* par instrumens tranchans ou par armes à feu (2).

(1) Bell (R.-H.). *Case of rupture of the liver with inflammation and suppuration proceeding from external violence* (Edinb. med. and surg. journ., vol. xv, p. 252).

(2) M. le docteur Pepin (A.-F.) a rapporté dans sa dissertation inaugurale deux cas d'inflammation du tissu cellulaire du pourtour du rein produit par des balles (*Considérations générales sur les plaies d'armes à feu*, Paris, in-4, 1814, p. 17 et 18).

Il paraît qu'il peut se développer des abcès au pourtour des reins dans certaines fièvres graves, comme on en a vu survenir dans d'autres parties du corps. Le docteur Butter (1) mentionne un cas d'abcès autour du rein, observé à Plymouth, lorsqu'il y régnait endémiquement une fièvre grave particulière, accompagnée de larges suppurations dans le tissu cellulaire de diverses parties du corps.

§ 739. Il est d'autant plus urgent d'ouvrir les abcès extra-rénaux qu'on les a vus déterminer une perforation dans la portion correspondante du péritoine ; perforation suivie d'une péritonite mortelle.

Obs. I. — Abcès autour du rein droit; perforation du péritoine, et épanchement de pus dans la cavité de cette membrane (*Journal clinique des hôpitaux de Lyon*, t. II, pag. 435, novemb. 1830. — *Obs. sur les abcès phlegmoneux du bas-ventre*, par le docteur Gardien).

« Le 24 janvier 1821, faisant à l'amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu de Lyon l'ouverture de l'abdomen d'un sujet destiné à des préparations anatomiques, et qui me parut avoir succombé à une péritonite, je trouvai cette cavité remplie par un liquide dont l'aspect me frappa ; car, au lieu d'une sérosité lactescente que je croyais rencontrer, je vis une matière d'un blanc jaunâtre, opaque, bien liée, semblable enfin en tout au pus d'un phlegmon. Je fis écouler environ deux pintes de ce liquide ; et sa nature, inusitée dans la maladie que je supposais, m'engagea à examiner avec une grande attention le péritoine. J'essuyai la surface de cette membrane dans plusieurs points, et partout je la trouvai à l'état sain. En poursuivant mon examen, je découvris, par le désordre et l'altération des tissus, le véritable siège du mal dans la région lombaire droite.

Ayant enlevé avec précaution la matière purulente, accumulée dans cette partie, j'aperçus une ouverture à bords irréguliers, et offrant à-peu-près la largeur d'un écu de trois livres. Au moyen d'un doigt introduit dans cette ouverture, je soule-

(1) Butter. *Remarks on irritative fever, commonly called Plymouth dock-yard disease* (Edinb. med. and surg. journ., vol. XXVI, p. 106).

vai la paroi antérieure d'une cavité que je mis à découvert par une incision prolongée en bas sur cette même paroi.

Cette cavité s'étendait, en haut, jusqu'au milieu du bord postérieur du foie; en bas, jusqu'au détroit supérieur du bassin; en arrière, elle était bornée par les couches aponévrotiques et musculeuses de la région lombaire; mais son plus grand développement s'était fait en avant, à en juger par les dimensions de la paroi antérieure, qui avait dû être distendue avant la déchirure qui avait permis l'issue du fluide.

Au fond de cette cavité se trouvait le rein droit, peu altéré à sa surface et sain à l'intérieur, baignant dans le pus, détaché dans tout son pourtour par la destruction du tissu cellulaire qui l'environne dans l'état sain. Le sujet dont il est ici question, a évidemment succombé à un phlegmon considérable, développé dans le tissu cellulaire qui abonde autour du rein; inflammation terminée par un vaste abcès dont l'ouverture s'est faite dans le péritoine.

Ce cadavre venant de la ville, je n'ai pu avoir aucun renseignement sur la cause et les symptômes de la maladie, ni sur le traitement employé pour la combattre; je présumai seulement que cette maladie avait été très aiguë, vu les formes athlétiques du sujet, et les traces récentes de deux saignées aux bras et de quinze sangsues sur l'abdomen. »

L'observation de Fabrice de Hilden (1), rapportée plus haut, forme une sorte de transition entre les cas d'abcès primitifs autour des reins, sans lésion notable des fonctions urinaires, et les cas, plus ordinaires, dans lesquels l'abcès extra-rénal est consécutif à une affection quelconque du rein et le plus habituellement à une pyélite calculeuse. Dans le cas de Fabrice de Hilden, la malade éprouva de la *difficulté d'uriner*, mais ce symptôme paraît avoir été consécutif au développement de l'abcès; nulle mention n'est faite d'accidens primitifs du côté des voies urinaires.

Cabrol (2) cite comme un exemple d'abcès extra-rénal, dis-

(1) G. Fabricii Hildani, *Observ. chirurgicæ*, cent. I, obs LXIII.

(2) Cabrol. *Alphabet anatomique*, obs. XXVIII.

tinct des abcès calculeux des reins, le fait suivant, analogue au précédent. Seulement il est à remarquer que le malade de Cabrol avait quelquefois rendu un peu de pus avec l'urine : « Il m'appela pour en avoir d'advis, et m'ayant parlé et fait discours de sa maladie, je fus d'advis qu'il appellast conseil ; ce qui fut fait : mais à la consultation fusmes quasi de contraire opinion, les uns et la pluspart tenoyent que c'estoit une pierre au rein, d'autant qu'il faisoit parfois quelque peu de peux par les urines : et moi, au contraire, tendis que c'étoit un abcès, estant rememoratif de l'abcès du sieur Riquomme, situé au roignon, et rempli de matière purulente : dont estant du tout séparé, le malade me renvoya querir, me priant instamment de l'ouvrir : car il aimoit mieux mourir que de vivre si misérablement avec la grande douleur qu'il sentoit d'ordinaire : moi estant convaincu de prières, tant de lui que de tous ses parens et amis, me mis en devoir de faire faire un ponctuel, de longueur d'un demi-pied ou environ, non que je fusse si téméraire de l'ouvrir seul, mais y appelay tous ceux qui s'estoient trouvés à la consultation, et ayant appliqué mon cautère dedans, il y en eust de bien joyeux en la compagnie, et trouvai la cavité et le lieu de la maladie ; mais il n'en sortit rien : deux heures après, j'y fus pour changer le premier appareil, et la tente estant sortie, fus contraint de prendre un bassin du barbier, lequel fut rempli de peux, plus que de la moitié ; et continuai deux fois le jour, un plat le matin et un autre le soir ; cela dura l'espace d'un mois ou cinq semaines, mais avec les remèdes l'ulcère fut détergé, incarné et bien cicatrisé, et en est bien guéri, dont depuis s'est changé à Marseille pour poursuivre sa traffique. »

§ 740. Les reins, en contact avec des abcès lombaires primitifs ou consécutifs à des lésions d'organes voisins, peuvent s'enflammer à différens degrés. J'ai déjà fait remarquer, que dans un cas d'abcès des lombes rapporté par Fabrice de Hilden, il y avait eu un dérangement notable de la sécrétion urinaire. Dans l'observation suivante, publiée par M. Blaud, l'altération profonde du rein, l'étendue des désordres inflammatoire et gangréneux, jointes à la rareté des abcès extra-rénaux primitifs, peuvent faire penser, sans doute, que la lésion du rein précéda la

formation de l'abcès; mais, d'un autre côté, si on réfléchit que le malade avait été traité quelque temps auparavant pour une affection tout-à-fait étrangère aux voies urinaires; qu'il ne s'était plaint d'aucun malaise dans ces parties ; que la cause de la maladie à laquelle il a succombé paraît avoir été un refroidissement ; que cette même cause, dans d'autres circonstances, a donné lieu à un abcès extra-rénal sans désorganisation du rein ; on ne pourra nier que l'abcès n'ait pu être primitif, et que le ramollissement gangréneux du rein n'ait pu être déterminé par le contact de cet organe avec un abcès considérable. Au reste, les cas de ramollissement général des substances rénales, sans dépôt de pus dans le bassinet et les calices ou dans la substance du rein, et coïncidant avec un abcès aux lombes, sont tellement rares, que je crois devoir reproduire textuellement, ici, l'observation de M. Blaud, quoiqu'elle manque de détails.

Obs. II. — Impression brusque du froid et de l'humidité; douleur sourde dans la région rénale gauche; accès fébriles intenses ; rougeur de la peau des lombes et du scrotum; abcès lombaires; rein converti en une sorte de putrilage (Blaud. *Commentaires sur les aphorismes d'Hippocrate.* Biblioth. médicale, t. LXIX, p. 80).

Jean Dussaut, maçon, âgé de 52 ans, atteint, depuis sept mois, d'un catarrhe pulmonaire qui commençait enfin à se dissiper, sort pour la première fois, dans la matinée du 29 octobre 1818, pour reprendre son travail : le thermomètre de Réaumur marquait + 5 ; il y avait eu une gelée blanche, et le vent soufflait du nord. Arrivé à son atelier, il se dépouille d'une partie de ses vêtemens, qu'il reprend bientôt à cause de l'impression vive que lui fait éprouver l'air extérieur.

A midi, frisson violent, avec tremblement pendant une heure; ensuite, chaleur forte, fièvre aiguë, douleur sourde dans la région rénale gauche.

Peu attentifs à la nature et au siège de cette douleur, que nous regardâmes comme tenant à une courbature dont le malade se plaignait, et comme un des signes généraux et précurseurs d'une autre lésion qui allait bientôt paraître, nous res-

tâmes dans l'expectation; et nous laissâmes ainsi s'échapper le moment favorable d'arrêter une inflammation funeste, qui se termina, un mois après, par la mort. Aveuglés par je ne sais quelle fatalité, cette douleur locale ne fut plus l'objet de notre attention; nous fûmes seulement frappés des accès fébriles très intenses qui survenaient à intervalles irréguliers, et du délire, accompagné de violens soubresauts, qui se manifesta le 11 novembre.

Nous étions encore à chercher la cause de symptômes si alarmans, lorsque le 19 la région rénale gauche s'enflamma, se tuméfia, et prit une couleur rouge brun : ce fut alors que nous reconnûmes l'erreur que nous avions commise, mais il n'était plus temps de la réparer; l'occasion s'était échappée. Cette inflammation se propagea rapidement dans toute la moitié gauche des parois abdominales, et envahit le scrotum. Des ouvertures furent pratiquées, soit dans cette partie, soit à la région rénale; il s'en écoula un fluide sanieux et mêlé d'urine; tout le tissu cellulaire sous-jacent était gangréné. Les jours suivans, les urines coulent par les ouvertures pratiquées; mais elles filtrent aussi à travers le tissu cellulaire sous-cutané des lombes, et de la partie supérieure de la cuisse gauche; la peau de ces régions prend une teinte rouge brun; l'état du malade s'aggrave de plus en plus. Le 24, il tombe dans un assoupissement comateux, et meurt le soir, dans les angoisses du râle.

Autopsie. Tous les environs du rein gauche putréfiés; cet organe converti en une sorte de putrilage, et communiquant par plusieurs sinus avec le foyer extérieur; tissu cellulaire du dos, des lombes, des parois abdominales et du scrotum gangréné; péritoine épaissi dans toute la région correspondante; tissu cellulaire abdominal, dénaturé par le contact des urines.

§ 741. L'observation suivante doit être rapprochée de la précédente.

Obs. III. — Cas d'inflammation et de gangrène, de la membrane adipeuse, qui entoure les deux reins; exercice suivi de sueurs; refroidissement; symptômes d'indigestion; mort. — Par Thomas Turner, M. D., médecin de l'hôpital Saint-Thomas, etc.; lu au Collège, le 12 novembre 1812 (*Med. Trans. published by the college of physicians in London*, vol. IV, p. 226, in-8, London, 1813).

Une dame mariée, âgée de 30 ans, de taille moyenne, très grasse, fit une promenade à cheval de plusieurs heures, le samedi 21 juin 1806. Elle eut beaucoup de chaleur et de fatigue; en rentrant, elle resta assise pendant quelque temps dans une pièce dont la porte et les croisées étaient ouvertes; mais elle ne s'aperçut pas qu'elle en fût incommodée. Elle passa le reste du jour comme à l'ordinaire, et, à souper, mangea, avec grand appétit, du homard, quoiqu'en général son estomac le supportât difficilement et que cet aliment l'incommodât habituellement. En se retirant dans sa chambre à coucher, elle éprouva des maux de cœur et vomit. Elle se plaignit aussi de beaucoup de douleurs dans le ventre. Ces symptômes furent attribués au homard qu'elle avait mangé. L'apothicaire de la famille lui administra un émétique, et le lendemain matin une potion purgative, qui, n'agissant pas aussi vite qu'on le désirait, fut répétée et produisit alors d'abondantes évacuations intestinales. Dans la soirée, elle dit qu'elle se trouvait tout-à-fait soulagée, et ne se plaignit que d'avoir les pieds et les mains plus froids qu'à l'ordinaire. On lui conseilla de se coucher de bonne heure et de prendre quelque chose de chaud. On ne doutait pas qu'elle ne fût entièrement rétablie le lendemain. Dans la nuit, néanmoins, elle éprouva beaucoup de douleurs au dos et *aux lombes*, et elle crut que des frictions qu'on avait faites sur ces parties, l'avaient soulagée. Cependant elle éprouvait beaucoup de malaise, et à cinq heures du matin environ, le lundi, son agitation et son anxiété s'étaient tellement accrues que son mari commenca à être alarmé. Il envoya chercher, en conséquence, l'apothicaire, qui vint environ une heure après. Dans cet intervalle, les extrémités étaient devenues entièrement froides, et on ne sentait pas de pulsations au poignet. Comme l'apothicaire exprima la crainte d'un danger immédiat, on m'envoya cher-

cher; mais, la malade habitant à quelque distance de Londres, je ne pus la voir qu'entre une et deux heures de l'après-midi. J'appris alors qu'elle avait pris de l'eau-de-vie étendue d'eau chaude, avec quelques gouttes de teinture d'opium, qui paraissaient l'avoir ranimée, tellement que ses amis la croyaient mieux que dans la matinée. Néanmoins, son anxiété était extrême; sa respiration très oppressée; ses pieds, ses jambes, ses mains et ses bras étaient entièrement froids. On ne pouvait distinguer la plus légère pulsation dans l'artère radiale; le teint était livide et les traits tirés; les facultés intellectuelles étaient intactes. Elle disait qu'elle ne souffrait pas; elle ne se plaignait d'aucun malaise; en pressant le ventre avec la main, je n'y aperçus ni tension ni dureté anomale. Elle m'assura qu'elle n'avait éprouvé ni douleur ni difficulté en urinant, et qu'elle n'avait pas, non plus, remarqué qu'il y eût eu de diminution dans la quantité des urines. Elle s'éteignit graduellement et mourut à quatre heures.

J'obtins la permission d'ouvrir le corps deux jours après la mort. Voici ce qu'on observa : il y avait un peu plus de sérosité dans la cavité du thorax, qu'il n'y en a ordinairement; tous les viscères qui y sont contenus étaient parfaitement sains.

Dans l'abdomen, légères marques d'inflammation de la membrane péritonéale de l'estomac, dans la partie de sa grande courbure qui touche à la rate et à l'arc du colon.

La partie du colon en rapport immédiat avec le rein gauche, était très enflammée. Le foie était dans un état sain, excepté qu'il y avait un très petit tubercule dans la partie antérieure du lobe droit de cet organe. La vésicule du fiel contenait cinq calculs biliaires assez volumineux. Le pancréas était enflammé dans toute sa substance, et une portion considérable de son extrémité gauche était gangrénée.

Toute la substance adipeuse qui entourait les deux reins, était frappée de gangrène et formait une masse noire, pulpeuse. Les capsules des deux reins étaient enflammées, et celle du rein droit en partie gangrénée. La substance des deux reins offrait de légères traces d'inflammation; tous les autres viscères étaient sains.

L'auteur de cette observation pense que l'inflammation et la gangrène du tissu cellulaire graisseux qui entoure les reins, ont été l'affection primitive, et que les altérations observées dans les reins, le pancréas et sur le colon, étaient consécutives.

Dans tous les cas, ce fait nous a paru bon à rappeler ici.

§ 742. On a vu des abcès dans les régions lombaires et autour des reins se frayer un passage à travers la poitrine, *le pus être évacué par les bronches*, et les malades se rétablir complètement après des accidens aussi graves. J'ai été témoin, et à mon grand étonnement, d'un fait semblable, sur un malade placé dans mon service à l'hôpital de la Charité, et dont je ne possède plus l'observation détaillée. Le malade, âgé d'une quarantaine d'années, était venu pour se faire traiter d'une douleur très aiguë dans la région lombaire droite, douleur qui augmentait à la plus légère pression et par les mouvemens du tronc. Il y avait de la fièvre, mais elle n'était pas proportionnée à l'intensité de la douleur. Il n'y avait ni chaleur morbide, ni tuméfaction, ni empâtement dans la région douloureuse; la percussion en était très pénible au malade et produisait le son qu'elle a dans l'état normal; il n'y avait ni pus dans l'urine, ni douleur suivant le trajet de l'uretère, ni aucun désordre fonctionnel des reins en rapport avec une néphrite. L'état de la région lombaire du côté opposé était tout-à-fait naturel, et le malade n'avait pas eu antérieurement de maladies des voies urinaires; la teinte de la peau était naturelle, et rien n'autorisait le soupçon d'une maladie du foie. Quoiqu'il n'eût éprouvé avant l'invasion de la douleur aucun dérangement fonctionnel du gros intestin, ni diarrhée, ni constipation opiniâtre, je dois dire que ma pensée fut que ce malade était atteint d'un phlegmon du tissu cellulaire extra-péritonéal voisin du rein, déterminé soit par une perforation, soit par toute autre lésion latente de la portion ascendante du colon. Le malade assurait d'ailleurs qu'il n'avait fait aucun effort musculaire des lombes pour sou lever ou pour supporter un fardeau, et qu'il n'avait point eu antérieurement de douleurs lombaires, ni de douleurs dans les articulations des membres. Une saignée du bras et plusieurs applications de sangsues furent faites presque coup sur coup

sans d'autres résultats que de transformer la douleur de la région lombaire droite en une sorte d'engourdissement. Les jours suivans, je me bornai à faire appliquer, sur la région lombaire douloureuse, des cataplasmes émolliens arrosés de laudanum. L'engourdissement persistait, et la douleur paraissait augmentée par les mouvemens de la respiration, lorsque nous explorions la poitrine, qui n'offrait point de phénomènes morbides, soit à la percussion, soit à l'auscultation. Mon étonnement fut grand quelques jours après, lorsqu'on me montra, à la visite, la moitié d'un crachoir rempli de pus, bien lié et phlegmoneux, que le malade avait rendu par la bouche à la suite d'une quinte de toux. Mon étonnement fut plus grand encore lorsque je le vis sortir de l'hôpital parfaitement guéri plusieurs semaines après.

M. Cantegril (1), médecin et chirurgien de l'hôpital de Murat, a communiqué à l'Académie royale de médecine un fait analogue au précédent :

Un homme reste cinq mois à l'hôpital de Toulouse pour une plaie contuse à la jambe. Quinze jours après qu'il en est sorti guéri, il est saisi d'une douleur très vive à la région lombaire gauche, avec fièvre; un abcès paraît se former à cette partie. Au bout de huit jours, la douleur se propage dans tout le côté gauche de la poitrine, avec gêne de la respiration ; cependant l'abcès lombaire se prononce rapidement à l'extérieur; mais le jour même où l'on se disposait à en faire l'ouverture, le malade éprouve un accès de toux, et, dans cet accès de toux, expectore une matière purulente si abondante, qu'elle remplit huit assiettes et est estimée à deux litres. Un vide dès-lors paraît exister à l'abcès lombaire, et lors de la toux la main placée sur cet abcès perçoit une sorte de frémissement, comme si une colonne d'air s'y précipitait.

L'observation suivante (2), recueillie par M. Ducasse fils, paraît être aussi un cas d'abcès lombaire qui s'est fait jour en partie par les bronches :

(1) *Archives générales de Médecine*, t. XIX, 1829, p. 280.
(2) *Archives générales de Médecine*, tom. XV, 1827, p. 462.

Un homme depuis long-temps était atteint d'une douleur au côté gauche de la poitrine, qui avait fini par rendre la respiration difficile, les mouvemens du thorax douloureux, et par forcer le malade à rester au lit ; tout-à-coup, la douleur se fixe à la région lombaire, derrière les côtes asternales, il y a fièvre vive pendant onze jours. Une fluctuation en ce lieu engage à y faire une ponction qui donne issue à deux livres de pus de bonne qualité ; et, lorsque, peu de jours après, on se préparait à réitérer la ponction, soudain le malade, dans un accès de toux, expectore six livres de crachats, mêlés d'un pus semblable à celui de l'abcès lombaire. Celui-ci alors est largement ouvert, et le malade guérit en un mois. (1)

§ 743. De Haen a publié un cas d'abcès lombaire qui peut être, jusqu'à un certain point, rapproché des précédens. L'auteur affirme que *le malade crachait du pus*, et désigne la madie sous le nom de *phthisie cellulaire*, ce qui semble indiquer que, dans sa pensée, l'expectoration purulente ne résultait point d'une phthisie pulmonaire. Mais, chose incroyable, l'état des poumons n'est point indiqué dans l'ouverture du corps.

Obs. IV. — Coup sur la région rénale à l'âge de 10 ans; à l'âge de 16 ans, tumeur purulente aux lombes, fièvre hectique, expectoration purulente; mort. — Infiltration purulente du tissu cellulaire des lombes, de l'aîne et de la cuisse (De Haen, *Sur quelques remèdes nouveaux ou peu usités. Journ. de médecine*, in-12, t. XII, 1760, p. 110).

Un enfant de 16 ans fut amené à l'hôpital, à la vérité dans un état fort délabré. Il y avait six ans qu'il avait reçu sur les reins un coup qu'on négligea, et qui donna lieu à une tumeur

(1) D'un autre côté, on a vu des collections purulentes aux lombes, autour des reins, provenir de la poitrine. Un homme a un abcès lombaire qui s'ouvre et fournit une grande quantité de pus; on soupçonne qu'un rein est malade; mais, la mort étant survenue, l'ouverture du cadavre fit voir que les poumons étaient tuberculeux, et que le pus de l'abcès lombaire tirait son origine d'une vomique développée dans la plèvre (*Compte rendu des travaux de la société royale de médecine de Bordeaux pour l'année* 1818. — *Archives gén. de méd.*, tom. XIX, 1829, p. 281).

qui paraissait pleine de pus; cette tumeur subsistait encore; la fièvre hectique s'était mise de la partie; *le malade crachait le pus ;* en un mot, il avait tous les symptômes d'une phthisie confirmée. Après avoir ouvert la tumeur, pour donner issue au pus, et employé les remèdes les plus appropriés, nous eûmes recours au quinquina : il parut d'abord lui faire du bien; mais il survint une diarrhée et une douleur dans l'aine qui l'emportèrent. Son cadavre ayant été ouvert, on trouva tout l'interstice des muscles grand dorsal et sacro-lombaire, ceux du psoas et de l'iliaque interne, remplis de pus; après s'être fait jour sous le ligament de Poupart, il était venu former une poche entre le triceps et le couturier. On pourrait appeler cette espèce de phthisie, *phthisie cellulaire*, puisqu'en effet elle n'avait attaqué que le tissu cellulaire de ces parties.

§ 744. Une *seconde série* d'abcès extra-rénaux *consécutifs* comprend les cas dans lesquels ces abcès se sont formés *à la suite d'une inflammation des reins,* par simple contiguité et sans perforation des calices et du bassinet, et par conséquent sans infiltration urineuse. M. Nivet (1) a montré à la société anatomique un fait de ce genre. Tout le tissu cellulaire qui environnait le rein était enflammé. La surface externe de cet organe était d'un rouge vif et rempli d'abcès miliaires.

L'observation suivante, rapportée par M. Thouet (2), est un autre exemple de cette inflammation du tissu cellulaire du pourtour du rein, sans perforation.

Obs. V. — Plusieurs attaques de gravelle; douleur; tension et empâtement dans la région du rein; abcès; incision; cicatrisation de la plaie le vingt-cinquième jour.

Un mercier, colporteur, âgé de 36 ans, ayant déjà éprouvé plusieurs attaques de gravelle, entra à l'hôpital d'Angers, le deuxième jour d'une néphrite calculeuse, caractérisée par une douleur pongitive du rein, une fièvre aiguë, une dysurie, avec

(1) *Bulletin de la société anatomique*, tom. 1, 1835, p. 69.

(2) Thouet (H.). *Dissert. sur les calculs des reins et la néphrite calculeuse*, p. 13, in-4, Paris, 1816.

émission de graviers. On administra en vain les calmans et les antiplogistiques; les symptômes furent très intenses jusqu'au septième jour, époque à laquelle on observa du mieux. La douleur devint pulsative; un frisson se renouvela plusieurs fois; le malade se plaignit de tension et d'engourdissement dans le rein. Le douzième jour, la douleur augmenta; les battemens se firent sentir superficiellement du côté affecté; on y sentait de l'empâtement; les urines, qui jusqu'alors avaient été rares et claires, devinrent plus abondantes, boueuses et fétides. Des topiques émolliens furent appliqués sur le lieu de l'empâtement. Le quinzième jour, un abcès étant manifeste, j'en fis l'ouverture avec le bistouri, en présence de M. Garnier, chirurgien en chef; il en sortit environ une pinte de pus très fétide, liquide et de couleur rougeâtre. Je cherchai en vain des calculs. La plaie fut pansée simplement. Le malade, mis à l'usage des toniques, alla de mieux en mieux; la suppuration fut abondante les premiers jours. Divers mouvemens du corps favorisaient l'écoulement du pus, dont la quantité diminua peu-à-peu. Les urines revinrent bientôt à l'état naturel. Le vingt-cinquième jour de l'ouverture de l'abcès, la plaie était cicatrisée, et le malade sortit de l'hôpital, encore faible, mais n'éprouvant plus que de légères douleurs dans la région du rein.

J. Muralt (1) a rapporté un cas analogue au précédent: un homme d'une quarantaine d'années, sujet depuis long-temps aux douleurs néphrétiques, ayant été atteint d'un abcès dans la région lombaire du côté gauche, on en fit l'ouverture en appliquant la pierre à cautère sur la tumeur et incisant ensuite l'eschare; il sortit de cet abcès une livre de pus, et le malade se rétablit complètement au bout de sept semaines.

§ 745. Dans le cas suivant, la cause de l'abcès autour du rein paraît avoir été évidemment la *tumeur* formée aux dépens de cet organe; tumeur qui persista après la guérison de l'abcès.

(1) *Ephem. nat. cur.*, dec. II, ann. 3, obs. 139, p. 279.

Obs. VI. — Tumeur du rein avec abcès extra-rénal; incision de la tumeur; pneumonie; guérison de la pneumonie et de l'abcès; persistance de la tumeur.

Marchand (Louise), âgée de 65 ans, femme de ménage, mariée. Entrée à la Charité le 11 août 1836.

Cette femme, petite et grêle, n'a jamais été alitée. Réglée à l'âge de 13 ans et demi, elle a cessé de l'être à 56 ans; elle a eu quatre enfans.

S'il faut l'en croire, il y a trente ans, elle aurait eu un accès de colique néphrétique qui dura cinq heures (douleur atroce dans le côté droit, avec vomissemens); depuis lors elle n'aurait point eu de nouvelles attaques; seulement, depuis cinq à six mois, quand elle se lève de sa chaise, elle souffre dans le rein droit. Jamais elle n'a eu de douleurs articulaires, jamais elle n'a rien remarqué d'extraordinaire dans ses urines.

Il y a huit jours, sans cause connue, elle fut prise de malaise, de fièvre, avec douleur très vive dans le côté droit, en arrière, au-dessous du foie; elle ne vomit point; les urines étaient plus rares.

Aujourd'hui, dans le côté gauche, la pression est extrêmement douloureuse. En examinant les flancs, on s'aperçoit que le droit est beaucoup élargi; par la percussion, on circonscrit une tumeur qui, en haut, se confond avec le foie, qui en avant descend jusque près de la fosse iliaque, et se prolonge jusqu'à deux pouces en dehors de l'ombilic; plusieurs points de cette tumeur sont résistans; d'autres présentent de la fluctuation, qui est manifeste lorsque l'on embrasse la tumeur avec les mains placées, l'une antérieurement, l'autre en arrière, et qu'on presse ainsi le flot du liquide. Il y a de l'engourdissement dans la jambe droite.

La fièvre est violente (120 pulsations); la face est rouge, les pommettes sont injectées comme dans une pneumonie, les bruits du cœur n'offrent rien d'anomal.

La dyspnée est remarquable, surtout lorsqu'on la rapproche de la pureté de la respiration et de la sonorité restée naturelle de la poitrine. Soif, inappétence, langue sale, point de nausées

ni de vomissemens, constipation, abdomen non douloureux, excepté dans le point indiqué, chaleur générale et sueur; urines transparentes, fortement colorées (*Saignées de trois palettes; application de 25 sangsues le lendemain*). Soulagement momentané.

Du 13 au 15 août, la fièvre ne tombant point, la diarrhée étant survenue, la face s'altérant de jour en jour davantage, on examine avec un nouveau soin la tumeur, et on s'aperçoit que la saillie postérieure de la région lombaire est plus prononcée, la fluctuation plus manifeste; en avant, la tumeur du rein est explorée et constatée une seconde fois. Le diagnostic paraissant être abcès extra-rénal avec ou sans fistule du rein, avec développement morbide de cet organe, on se décide à ouvrir la tumeur.

Le 16 août, on fait une incision de trois pouces de long dans la région lombaire, et il sort aussitôt de cette plaie au moins une pinte de pus séreux, d'une odeur fécale effroyable; le doigt plongé dans l'incision, se promène dans un foyer considérable et va toucher avec peine la face postérieure de la tumeur rénale. on ne pousse pas l'opération plus loin, et la malade est reportée dans son lit.

Elle est incroyablement soulagée. Le lendemain la figure n'exprime plus la souffrance, le pouls n'est qu'à 82. Il n'y a plus de douleur dans les lombes, mais la tumeur persiste en avant, les urines sont naturelles, acides. Le pus continue à s'écouler en petite quantité; la plaie, après avoir présenté un aspect blâfard les premiers jours, commence à se couvrir de bourgeons charnus de belle apparence. Le 28 août, elle marche vers la guérison. Mais le 29, cette femme, ayant été découverte dans son lit, et ayant pris froid, eut du frisson toute la journée; le lendemain, on ausculta la poitrine, et l'on constata une pneumonie déjà avancée (râle crépitant, souffle tubaire; diminution de la sonorité de la poitrine; fièvre violente).

Cette pneumonie intercurrente, traitée par trois saignées, céda, et le 18 du mois de septembre les choses en étaient revenues à leur premier état.

L'incision, qui s'était fermée quelques jours avant la pneu-

monie, se rouvrit, puis se referma, puis le 25 septembre se rouvrit encore, donnant chaque jour, lorsqu'elle était ouverte, un demi-verre de pus séreux; la tumeur antérieure persiste toujours, aussi volumineuse qu'au premier temps. Enfin, le 7 novembre, la plaie s'étant refermée complètement, et la santé générale étant parfaite, la malade quitta l'hôpital. L'abcès extra-rénal était guéri, mais le rein restait volumineux et dilaté.

Cette observation offre plusieurs circonstances remarquables. Il faut signaler d'abord l'*odeur fécale* du pus de l'abcès, sans qu'il y eût de communication du foyer avec l'intestin; circonstance que prouvent évidemment la prompte disparition de l'odeur fécale, constatée dans les pansemens ultérieurs, l'absence de gaz, même quand on comprimait la tumeur antérieure, l'absence des matières fécales et de tous les autres signes propres aux tumeurs et aux fistules intestinales. La guérison de l'abcès, avec la persistance de la tumeur rénale, n'a rien d'étonnant. Il existe dans la science un assez grand nombre de cas semblables, dans lesquels non-seulement un abcès extra-rénal simple a été ainsi guéri, mais encore d'autres cas d'abcès avec fistule urinaire des lombes, qui se sont fermés et rouverts à diverses reprises et à des époques plus ou moins éloignées. Quant au développement d'une pleuro-pneumonie et à sa guérison dans un cas semblable, c'est véritablement une circonstance remarquable; de telles observations sont rares.

§ 746. Dans l'observation suivante, comme dans les précédentes, l'abcès extra-rénal paraît avoir été consécutif à une inflammation chronique du rein; mais, au lieu d'être transformé en une tumeur faisant saillie dans le flanc, cet organe était au contraire considérablement atrophié par suite d'une inflammation chronique.

Obs. VII. — Abcès autour du rein droit atrophié; plusieurs symptômes de néphrite chronique (Andral. *Clinique médicale*, 2e édit., t. IV, p. 188).

Une femme, âgée de 40 ans, éprouvait depuis long-temps une douleur sourde à la partie postérieure du flanc droit. Un

an environ s'écoula sans que sa santé fût d'ailleurs dérangée; mais au bout de ce temps les digestions se troublèrent, des vomissemens survinrent par intervalles, la douleur devint plus vive, et un mouvement fébrile s'établit chaque soir. Lorsque cette femme entra à la Charité, dix-huit mois environ après qu'avait commencé à se manifester la douleur rénale, elle était dans un état de marasme déjà fort avancé; le pouls était habituellement fréquent, il y avait des sueurs chaque nuit. Le décubitus sur le côté gauche était le seul possible. La cause de ces symptômes semblait résider dans une lésion du rein droit, annoncée : 1° par l'ancienne douleur dont le flanc droit était le siège; 2° par une tuméfaction très notable de la partie postérieure de ce même flanc, qui était très douloureux par une pression même légère; 3° par le caractère des urines, qui étaient rouges et déposaient un sédiment blanchâtre. Plusieurs applications de sangsues furent faites sans succès. L'empâtement de la région rénale droite devint de plus en plus considérable, le membre abdominal droit s'infiltra, une abondante diarrhée s'établit, et la malade succomba après un séjour de près de quatre mois à l'hôpital.

Ouverture du cadavre. — Le colon ascendant était soulevé et repoussé vers la ligne médiane par une tumeur volumineuse qui occupait la place du rein. A peine le scalpel y eut-il été enfoncé de quelques lignes, qu'on en vit jaillir un pus blanc jaunâtre très abondant. Il était contenu dans une poche bornée en avant par le péritoine, qui passait au devant d'elle, et qu'elle avait soulevé; en arrière, le feuillet aponévrotique sur lequel repose le rein, était détruit, et du pus était infiltré entre les muscles jusque près de la peau des lombes. En haut, ce pus était séparé du foie par un tissu cellulaire dur et épais, et en bas ce même tissu cellulaire l'empêchait de s'étendre du côté de la fosse iliaque. Au milieu de cette poche purulente, on ne trouvait plus d'autre vestige du rein qu'un corps qui n'avait pas le quart du volume d'un rein ordinaire, mais qui en avait d'ailleurs la forme, la structure et duquel partait l'uretère. L'autre rein était sain. La surface interne de la vessie présentait une couleur ardoisée et un aspect rugueux. La membrane muqueuse

du colon était molle, comme pulpeuse sans être rouge. Le grand cul-de-sac de l'estomac était remarquable par l'extrême minceur de ses parois, qui, en plusieurs points, ne semblaient plus réellement constituées que par le péritoine.

§ 747. L'observation suivante offre une particularité assez remarquable : une inflammation très bien dessinée de la *membrane celluleuse* et sous-fibreuse du rein coïncidant avec une inflammation du bassinet et des calices, déterminée elle-même par un cancer fongueux de la vessie.

Obs. VIII. — Cancer fongueux de la vessie; inflammation de l'uretère, du bassinet et des calices du rein droit, avec exsudation de lymphe plastique; dilatation de l'uretère gauche; abcès au-dessous de la membrane fibreuse du rein gauche (Atlas, Pl. xvii).

Laudu, Pierre, âgé de 51 ans, jardinier, né à Bristol, entré à l'hôpital de la Charité, le 15 juillet 1831, pour s'y faire traiter d'une maladie des voies urinaires. Après de longues souffrances, cet homme mourut le 16 septembre 1831.

État extérieur du cadavre. Maigreur; point d'œdème; séton au-dessus du pubis.

Abdomen. Point de sérosité dans la cavité du péritoine; foie d'un volume naturel, un peu gorgé de sang; vésicule du fiel volumineuse; intestin grêle sain; quelques ganglions lymphatiques du mésentère pâles et plus volumineux que dans l'état naturel; le colon descendant très rétréci; le rectum, le cœcum, le colon ascendant, le colon transverse distendus par des gaz; la membrane muqueuse du colon molle et rouge en quelques points. En cherchant à enlever l'estomac, on déchira la membrane fibreuse du rein gauche vers sa partie supérieure. Par cette déchirure, il s'écoula environ deux cuillerées à bouche de pus liquide. Un abcès s'était formé au-dessous de la membrane fibreuse, dans la membrane celluleuse du rein. La membrane fibreuse était épaissie et adhérait intimement à la membrane celluleuse dans les points où du pus n'avait point été déposé.

La membrane celluleuse offrait des espèces de cloisons ou de filamens qui flottaient dans l'eau. Supérieurement, cet abcès de la membrane celluleuse du rein, après avoir détruit la

membrane fibreuse, semblait s'être propagé dans la capsule surrénale. La membrane celluleuse était très adhérente à la substance corticale du rein. Ce rein ayant été ouvert de la grande courbure vers la scissure, il s'écoula une assez grande quantité de pus de la cavité du bassinet. Ce pus tenait en suspension une petite quantité de graviers blancs; le bassinet était dilaté, mais sa cavité n'était pas très arborisée. Presque toutes les pyramides de la substance tubuleuse étaient occupées par un foyer de pus; toutes présentaient une petite caverne; les mamelons étaient peu enflammés; quelques mamelons étaient affaissés par suite de l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet. Autour de la plupart de ces petites cavernes, existaient des cercles d'un rouge assez animé. Quelques points de la substance tubuleuse étaient d'un rouge plus vif; il existait en outre de petits points purulens, mais en plus petit nombre, dans la substance corticale.

L'uretère gauche, dilaté d'une manière remarquable, contenait du pus qui tenait un peu de sable en suspension. Ce conduit, contourné à une petite distance du rein, présentait inférieurement plusieurs valvules. La membrane interne de l'uretère était rouge.

Le rein droit était un peu plus arborisé extérieurement que dans l'état naturel. La membrane interne du bassinet offrait une rougeur très foncée et comme ecchymosée, et de petits mamelons blanchâtres formés par un dépôt de lymphe coagulable. Le bassinet et plusieurs points de l'uretère contenaient du pus et des graviers. Une couche de graisse assez épaisse enveloppait le bassinet; la capsule surrénale, les veines et les artères rénales et leurs principales divisions étaient saines.

La vessie très contractée contenait une sorte de boue blanchâtre qui cachait un champignon cancéreux volumineux. Le canal de l'urèthre, enflammé à son extrémité extérieure, contenait de la matière purulente qui provenait de la vessie.

Poitrine. Point de sérosité dans les plèvres, adhérences anciennes des lobes inférieurs des poumons avec les parois de la poitrine. Poumon droit crépitant, sans œdème dans les bronches, sans engouement à sa partie postérieure. Poumon gauche

engoué à son bord postérieur et fournissant beaucoup d'écume, lorsqu'on l'incise. Un peu de sérosité dans le péricarde, hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur. Valvules du cœur et de l'origine des gros vaisseaux saines. Aorte légèrement dilatée à sa grande courbure, où l'on remarque de petites plaques athéromateuses.

Tête saine.

§ 748. La *troisième série* d'abcès extra-rénaux consécutifs comprend les cas dans lesquels ces abcès se sont très probablement formés, à la suite *d'une fistule rénale*, borgne, interne, et le plus ordinairement dans des cas de pyélite calculeuse. Les observations suivantes sont des exemples de ces abcès et du traitement qui peut leur être appliqué avec succès.

Obs. IX. — Abcès à la région lombaire droite, apparaissant plus tard à la partie supérieure de la fosse iliaque. — Application de la pierre à cautère, incision de l'eschare; issue du pus, suivie de fistule; extraction d'une pierre; persistance de la fistule (Lafitte, *in* Mém. de l'Acad. de chirurgie, t. II, p. 236).

En 1727, au mois d'octobre, feu M. Sauré vit un jeune homme d'environ 25 ans qui avait une tumeur de la grosseur d'un œuf à la région lombaire droite; elle avait été précédée de douleurs de rein, semblables à celles de la néphrétique. M. Sauré y appliqua des cataplasmes émolliens et maturatifs qui furent continués jusqu'au 11 novembre. La tumeur, ayant quitté sa première situation, se fixa à la partie supérieure de la région iliaque du même côté. M. Sauré y appliqua une traînée de pierres à cautère qui firent l'eschare convenable; la tumeur s'affaissa. Il survint une fièvre violente avec délire, mais les saignées calmèrent les accidens, et, après une consultation avec M. Boudou, M. Sauré ouvrit profondément l'eschare d'où il sortit quantité de pus. La plaie fut pansée selon les règles de l'art, et, malgré les attentions de M. Sauré, elle dégénéra en fistule.

Au mois de juin 1738 je fus appelé pour le même malade; il avait la fièvre, une douleur vive au rein droit, et sa fistule sèche avec inflammation aux bords; à quelques lignes de dis-

tance de l'orifice, je sentis, par le moyen de la sonde, un corps dur. Après avoir pansé le malade, je le saignai, et la fièvre cessa. Le lendemain je fis l'extraction d'une pierre, qui avait la figure d'un mamelon du rein, mais la plaie est toujours restée fistuleuse, ce qui me fait présumer que c'est en conséquence de quelque autre pierre dans ce viscère, parce que le malade y sent des douleurs qui répondent à la fistule.

Obs. X. — Tumeur inflammatoire aux lombes; incision; suppuration. Fistule. 8 ans après, sortie d'un calcul (Lafitte, *in* Mémoires de l'Académie de chirurgie, t. II, p. 237).

M. La Batte eut, en 1741, une tumeur inflammatoire à la région lombaire, et qui se termina par suppuration; *l'abcès fut ouvert* et traité suivant les règles de l'art, néanmoins il resta fistuleux. En 1747, il vint à Paris et consulta MM. Petit et Ledran, qui sondèrent la fistule. Quoiqu'ils portassent la sonde à quatre travers de doigts de profondeur, ils ne sentirent point de pierre. Sans les exemples que nous avons rapportés, on pourrait croire avec quelque sorte d'apparence que la sonde était arrêtée ou par l'obliquité du sinus ou par quelques chairs fongueuses.

Quoi qu'il en soit, on ne conseilla autre chose au malade que de tenir le sinus ouvert avec des bougies. Il retourna à Pau, et au bout de 18 mois il sortit naturellement de la fistule une pierre grosse comme la seconde phalange du petit doigt, que M. La Batte a envoyée à l'Académie.

Obs. XI — Abcès dans la région lombaire gauche; incision. — Fistule. — Introduction d'une sonde. — Présence d'un calcul. — Incision en T; extraction de 2 calculs; guérison (Lafitte, *Sur les cas où la néphrotomie se fait avec succès.* — Mém. de l'Acad. roy. de chirurgie, in-4°, t. II, p. 233).

Le 12 décembre 1754, je fus appelé pour voir une femme âgée de 35 ans, qui avait depuis 15 jours une tumeur à la région lombaire gauche avec fièvre et dévoiement. Cette tumeur avait été précédée de douleurs vagues qui s'étendaient d'abord depuis les reins jusqu'à la partie supérieure du dos et qui s'étaient fixées à la tumeur; la couleur de la peau n'était point changée.

En touchant la tumeur, j'y sentis une fluctuation très profonde; pour apaiser la douleur et amincir les tégumens, j'y mis un cataplasme anodin, et je prescrivis le régime convenable. Le lendemain la tumeur était beaucoup plus saillante et plus circonscrite; je mis en usage le cataplasme maturatif, et en 5 ou 6 jours la fluctuation de la matière devint plus sensible. Je me déterminai alors à faire l'ouverture de l'abcès ; il en sortit beaucoup de pus de différentes couleurs. Je fis toutes les recherches nécessaires pour savoir si la matière n'avait point quelque autre foyer, et je n'en découvris aucun. Je pansai la plaie, et je prescrivis une diète exacte. La fièvre, qui jusque-là avait toujours continué, parut se modérer dès le lendemain, et elle diminua chaque jour, et le quinzième la malade n'en ressentit plus du tout. Les pansemens méthodiques furent continués, le pus devint blanc, la bonne qualité des chairs et les progrès de la cicatrice me donnaient tout lieu d'espérer que la malade guérirait comme d'un abcès ordinaire. Le vingt-deuxième jour de l'opération la malade eut de la fièvre, et sentit une douleur pulsative à la plaie. Je soupçonnai quelque excès dans le régime, mais la malade m'assura qu'elle avait été très exacte à observer celui que je lui avais prescrit. Je trouvai en levant l'appareil qu'il était inondé de pus ; je continuai à panser simplement, et j'observai que de deux ou trois jours l'un, il sortait une plus grande quantité de pus que l'étendue apparente de la plaie n'était capable d'en fournir; ce pus était toujours de différentes couleurs, et je ne doutai plus de l'existence d'un foyer situé profondément. Je demandai le conseil de M. Jallet, je lui fis le détail de tout ce qui s'était passé; nous convînmes qu'il fallait porter une sonde dans l'orifice du sinus qui pouvait nous conduire au foyer inconnu. La sonde y pénétra à la profondeur de 4 ou 5 pouces et me fit sentir un corps dur, tel que serait une pierre. L'orifice, qui était devenu calleux, était situé entre la crête de l'os des îles et la dernière des fausses côtes, à égale distance de l'une et de l'autre de ces parties et des apophyses transverses des vertèbres des lombes. L'ouverture étroite du sinus et son obliquité m'empêchèrent d'en retrouver la route, le lendemain; je ne pus y parvenir que le troisième jour. J'introduisis alors

une sonde de plomb percée à son extrémité et garnie d'un ruban de fil pour l'assujettir dans le sinus. Le lendemain MM. Jallet, Bimont et Faget le jeune vinrent avec moi chez la malade. A la faveur de la sonde de plomb que j'avais laissée la veille dans la plaie, j'y insinuai une sonde d'argent, et je fis toucher à ces messieurs le corps étranger dont j'ai parlé. Nous conclûmes qu'il fallait nécessairement en faire l'extraction. La malade y ayant consenti, je portai une sonde cannelée dans la plaie, et, avec un bistouri droit que je conduisis dans la cannelure, je fis une incision longitudinale qui, en traversant l'ancienne cicatrice, s'étendait jusqu'à la dernière des fausses côtes; j'allongeai ensuite l'incision par en bas. Les duretés et les callosités traversées par cette incision ne me permirent pas de tirer le corps étranger, je fus obligé d'en faire une transversale d'environ trois travers de doigt du côté de la partie antérieure du ventre, ce qui donna à la plaie la figure d'un T. La profondeur du corps étranger ne permettant pas de le saisir avec les doigts, je pris des pincettes à anneau, et, par leur moyen, je fis d'abord l'extraction d'une pierre de la grosseur d'une aveline; ayant reporté le doigt dans la plaie, je sentis une autre pierre que je tirai de même que la précédente : elle était de la grosseur d'une noix et d'une figure irrégulière. Il sortit ensuite une quantité de pus de différentes couleurs. Je n'en observai point dans les urines. Ainsi il y a lieu de croire que le sac qui contenait les pierres ne communiquait point avec le bassinet. Je pansai la malade avec le digestif ordinaire; la suppuration fut très abondante jusqu'au quinzième jour, elle diminua à mesure que la régénération des chairs se fit, et enfin la plaie fut presque consolidée le quarante-deuxième jour de l'opération, à la réserve du sinus dont la suppuration tarit peu-à-peu, et la guérison fut parfaite.

§ 749. Il arrive parfois que des *abcès extra-rénaux*, consécutifs à des pyélites calculeuses, viennent faire saillie au pli de l'aine ou dans la fosse iliaque.

Obs. XI. — Abcès à la région iliaque dont le foyer était dans le rein (M. Trabuc. *Journ. de méd. chir. pharm.* t. LX, 1783, p. 146).

« Le sieur Fontaine se présenta à l'hôpital d'Aix ; il avait depuis quelque temps une tumeur assez considérable à la région iliaque gauche. Les coliques, l'insomnie, le dégoût, une fièvre continue, un teint pâle, une figure décharnée, étaient les symptômes qui accompagnaient cette tumeur. Le malade était d'un tempérament phlegmatique, et il était sujet aux obstructions. La fluctuation était manifeste dans la tumeur. Le foyer paraissait étendu et profond, la douleur était quelquefois considérable et se portait alors jusqu'à l'hypochondre gauche.

Le séjour de la matière purulente pouvait devenir mortel, l'ouverture de l'abcès n'était pas sans danger. Dans cette alternative inquiétante, et pour le malade et pour l'homme de l'art, la nature ne présentait pas une indication qui ne fût à l'instant combattue par une indication contraire.

Le malade était peu disposé à l'opération ; on fut donc obligé de la retarder : le repos, le régime, quelques légers médicamens, quelques topiques émolliens affaiblirent la violence des symptômes. Au bout de cinq semaines ils étaient presque dissipés. Le malade sortit, il se croyait guéri ; il ignorait que le germe de cette cruelle maladie n'était qu'assoupi.

Il fut contraint de revenir deux mois après, mais plus abattu et plus exténué que la première fois, et la tumeur, qui s'était d'abord presque entièrement effacée, avait acquis depuis un très gros volume. On ne balança plus sur les moyens qu'on avait à prendre ; l'opération fut résolue, et le sieur Fontaine s'y soumit volontiers.

L'abcès ouvert donna du pus en quantité ; ce pus était fétide, sanguinolent, la plaie fut pansée selon les règles de l'art, mais on ne put jamais parvenir à procurer une suppuration louable ; les bords devinrent mollasses, blafards, et la fièvre parut prendre un nouveau degré de force.

On était loin de penser alors que le foyer fût dans le rein, et encore moins qu'il fût occasioné par la présence de plusieurs pierres dans ce viscère ; le pus n'amenait avec lui ni

sable, ni gravier, ni urines; celles-ci, d'ailleurs, étaient claires, et le genre de coliques qu'éprouvait le malade ne paraissait pas tenir des néphrétiques.

Le sieur Fontaine traîna encore pendant deux mois une vie languissante; tous les jours ses forces s'exténuaient, il dépérissait à vue d'œil, enfin une diarrhée survint, et il mourut.

L'ouverture du cadavre présenta d'abord une quantité prodigieuse d'un pus infect; le rein du côté malade était d'une grosseur extraordinaire, il était en suppuration ; on trouva, dans sa substance tubuleuse, des pierres de différentes grosseurs, au nombre de 16; elles étaient chacune dans une petite loge d'un tissu cellulaire fort fin et séparées par de petites cloisons lisses et polies; le reste du rein était dans un état de fonte qui ne permit pas de faire d'autres observations.

C'était donc du rein que venait ce pus, et c'était ce pus qui avait formé cet abcès à la région iliaque, et cela par le tissu adipeux qu'on sait être fort étendu et adhérent aux reins et aux muscles de l'abdomen; ce pus avait glissé de cellules en cellules et s'était déposé en cet endroit.

Il ne reste aucun doute sur la possibilité qu'il y a qu'un abcès du rein se communique ailleurs, et que ce soit par le moyen du tissu cellulaire qui l'entoure. Mais je demande quel serait le signe pathognomonique (abstraction faite des signes antécédens) de la qualité et de la quantité du pus qui pourrait faire reconnaître si la suppuration venait du rein, et quel serait, dans un cas pareil à celui que je viens de rapporter, les moyens curatifs à mettre en usage. »

Fistules rénales.

§ 750. Les fistules rénales, rarement consécutives aux plaies des reins, se forment le plus souvent à la suite des inflammations des bassinets et des calices distendus par le pus, qui ne peut s'écouler librement à travers l'uretère dans la vessie.

Ces fistules, déterminées dans la plupart des cas par la présence d'un ou plusieurs calculs dans le bassinet ou l'uretère, peuvent s'ouvrir soit dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, soit à l'extérieur dans la région lombaire ou vers l'arcade cru-

rale, soit dans le colon ou le duodénum, soit dans la cavité du péritoine, soit enfin dans la plèvre ou le poumon correspondant au rein affecté.

De toutes ces fistules, les plus fréquentes communiquent de l'intérieur du bassinet ou des calices dans le tissu cellulaire sur lequel repose le rein par sa face postérieure. Il est rare qu'elles soient très nombreuses, quoique j'aie vu des cas de pyélites calculeuses dans lequel le rein, baigné dans un vaste clapier, était troué à sa face postérieure comme une espèce de crible.

Lorsque les ouvertures de communication du bassinet avec un abcès extra-rénal sont moins nombreuses, lorsque l'inflammation du tissu cellulaire, provoquée par une légère infiltration urineuse, se borne et se circonscrit, soit que l'abcès s'ouvre spontanément à l'extérieur, après avoir distendu et aminci les parties molles, soit que l'art en opère l'ouverture, il en résulte une fistule rénale, lombaire, à travers laquelle s'écoule un mélange de pus et d'urine; mélange quelquefois reconnaissable à son odeur urineuse, ou à la présence de l'urée, de l'acide urique cristallisé, ou à celle d'un urate facile à constater par l'inspection microscopique aidée de réactifs. Quoique le plus ordinairement il n'existe qu'une seule fistule à la région lombaire, il peut arriver qu'on en remarque deux ou un plus grand nombre résultant de l'ouverture successive de plusieurs abcès extra-rénaux.

Il est plus rare de voir des fistules rénales s'ouvrir dans la cavité du péritoine que dans d'autres régions, cette membrane étendue sur la face antérieure des reins et des bassinets, étant un obstacle à leur formation. Toutefois j'ai observé cette fâcheuse terminaison de la pyélite dans des cas où le bassinet offrait intérieurement plusieurs ulcérations. Le pus et l'urine s'étant épanchés par de petites ouvertures dans la cavité du péritoine, la mort suivit promptement cet accident, qui détermina l'inflammation très aiguë de cette membrane.

Les fistules rénales s'ouvrent quelquefois dans l'intestin. Lorsque le rein droit est distendu par le pus, une communication peut s'établir, soit avec le duodénum, soit avec le colon ascendant.

Dans le cas de communication avec le duodénum (Atl. P. lxx) on a quelquefois retrouvé les élémens caractéristiques du pus et de l'urine dans la matière de vomissemens survenus peu de temps après le passage du pus et de l'urine dans l'intestin.

Les exemples des fistules du rein gauche, s'ouvrant dans le colon descendant, sont moins rares que les précédens. La communication s'établit rarement avant que la tumeur formée par le rein dilaté, ait acquis des dimensions considérables. Le degré de cette dilatation est très variable; dans un cas je l'ai vu tel, que la tumeur s'étendait de haut en bas depuis le diaphragme jusqu'à l'arcade crurale (Atlas. Pl. xix, fig. 1).

Dans tous les cas, le passage, dans le colon, du pus et de l'urine altérée, quelquefois accompagné de selles évidemment purulentes et urineuses, l'est toujours de douleurs, de diarrhée ou d'autres symptômes d'une inflammation chronique du gros intestin.

Lorsque la pyélo-néphrite s'est terminée par une ou plusieurs perforations de la partie postérieure du rein, et que l'urine, épanchée dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, y a déterminé la formation d'un abcès, il peut arriver que l'inflammation s'étende de proche en proche; qu'une vaste collection purulente, après avoir rempli tout le flanc, vienne faire saillie vers l'arcade crurale, et que la nature ou l'art lui donne une issue par une ouverture plus ou moins considérable. Dans d'autres cas le rein, énormément dilaté et transformé en une espèce de sac ovoïde, se perfore à l'extrémité inférieure vers l'arcade crurale.

Enfin, on a vu le rein gauche, distendu par du pus ou par une urine purulente accumulée dans le bassinet et les calices, contracter, par son extrémité supérieure, des adhérences avec le diaphragme, celui-ci adhérer avec la base du poumon, et, par suite d'une perforation, une communication s'établir entre les bronches et les calices ou le bassinet, mais ce cas est des plus rares.

§ 751. *Fistules rénales lombaires.*

J'ai rapporté (§ 720-723) plusieurs cas de fistules rénales

lombaires, consécutives à des pyélites calculeuses. Ces fistules peuvent être *borgnes* et être la cause de périnéphrites par perforation du rein. Ces cas, assez nombreux, sont pour ainsi dire le début d'une fistule rénale complète. L'ouverture des abcès consécutifs à ces fistules doit être pratiquée le plus tôt possible.

Les fistules rénales lombaires, complètes, peuvent être la suite de perforations du bassinet ou des calices, déterminées par une violence extérieure, par une blessure, par des calculs et par des vers développés dans le bassinet et l'uretère, enfin par la gangrène du rein, du bassinet, ou du tissu cellulaire extra-rénal.

Dans des cas de blessures des reins ou de leurs conduits excréteurs, on a vu, malgré la sortie de l'urine par la plaie, les malades obtenir une guérison prompte et durable (1). Chez d'autres malades, moins heureux, la plaie cicatrisée s'est rouverte; une fistule rénale lombaire s'est établie, et la guérison n'a eu lieu qu'au bout d'un temps plus ou moins long (2).

Les fistules rénales lombaires traumatiques sont moins opiniâtres que celles qui résultent de la perforation spontanée, ou opérée par l'art, d'un abcès rénal. Il y a peu d'exemples de fistules rénales lombaires, traumatiques, qui ne soient pas guéries à la longue, lorsque le malade a survécu à la blessure. Ces fistules peuvent être entretenues pendant quelque temps par des corps étrangers qui se sont introduits dans les voies urinaires (Obs. VIII, § 336).

Les fistules rénales lombaires paraissent avoir été quelquefois la suite d'abcès rénaux *vermineux*.

La Peyre (3), médecin de l'Hôtel-Dieu de la ville d'Auch,

(1) T.-A. Vigo. *Practica*, Lugduni, in-12, 1561, p. 294. — Paré. *OEuvres*, lib. x, chap. 35. — Heister. *Hist. chirurg.*, part. 2, sect. v, cap. 140, § 14. — Delamotte. *Traité complet de chirurgie*, t. II, p. 445, in-12, 1722. — Meoli. *Giorn. med. Napol.*, vol. VIII, fasc. 5, p. 75.

(2) Hennen. *Principles of military surgery*, 3e edit., p. 422. — *Ibid.*, p. 430. Kopetzki. *Dissert. de vomitu et mictu cruento.*

(3) La Peyre, *Abcès à la région lombaire* (Journal de médecine, t. LXV, 1785, p. 375).

rapporte qu'un abcès à la région lombaire, suivi de fistule, s'ouvrit à l'aine droite et s'étendit à la cuisse, où il se forma une nouvelle fistule. A l'ouverture du corps, on trouva le rein droit transformé en grande partie en une masse graisseuse, et trois vers ayant trois pouces et demi de long dans le même rein; trois autres étaient fixés ou comme lardés dans les muscles voisins. Il y avait en outre une carie de l'épine vers l'attache des piliers du diaphragme (*Voyez* : STRONGLE).

Tant que l'urine suinte par la fistule, il ne faut pas se hâter de fermer la plaie; de nouveaux accidens, plus ou moins graves, résultant de la rétention du pus, pourraient se développer.

Le diagnostic des fistules rénales lombaires offre peu de difficultés lorsque le liquide qui suinte de la fistule a l'odeur de l'urine, lorsque le pus contient de l'urée, de l'acide urique ou des urates, lorsque la fistule a été précédée d'une inflammation du bassinet ou du rein. Cependant on a vu des fistules urinaires aux lombes ou dans le flanc, consécutives, non à une perforation du rein, mais à une perforation de l'uretère, de la vessie, et peut-être de l'urèthre.

Quant aux fistules stercorales aux lombes, et à celles qui sont consécutives à des abcès par congestion, elles offrent des caractères distinctifs qui ne permettent pas de les confondre avec les fistules urinaires.

Par une appréciation exacte des accidens primitifs et par une exploration attentive de l'abcès fistuleux, il faut chercher à déterminer si la fistule est entretenue par le séjour du pus dans un clapier ou bien par la présence d'un calcul.

Lorsque la fistule est entretenue uniquement par la disposition du foyer et par le séjour du pus, il faut favoriser le libre passage du pus et de l'urine par la fistule. Si on a la certitude qu'il n'existe pas de corps étrangers, après avoir vidé le pus contenu dans l'abcès, on en rapprochera, par une douce compression, les parois, pour favoriser le recollement. On cautérise les fongosités qui se développent à l'orifice externe ou dans le trajet du conduit fistuleux, et on le dilate s'il s'est rétréci. Il convient même dans les cas où on est certain qu'il n'existe pas de corps étrangers au fond du foyer, de le tenir ouvert par le

moyen d'une mèche, afin que la guérison s'opère de dedans en dehors. On a vu des accidens très graves, et même la mort, survenir à la suite de l'occlusion de semblables abcès fistuleux, dont le fond avait continué de fournir du pus.

Le malade doit être placé dans les conditions les plus favorables à la nutrition; ces fistules guérissent plus facilement lorsque les malades prennent de l'embonpoint.

Dans les fistules rénales lombaires, suite de pyélite calculeuse, presque toujours, avant que l'abcès soit perceptible au dehors, la peau, le tissu cellulaire et les muscles des lombes sont profondément altérés et désorganisés par l'inflammation.

Après l'ouverture de l'abcès, ces fistules peuvent persister pendant plusieurs mois, pendant des années même, mais elles guérissent quelquefois très promptement après la sortie spontanée ou l'extraction d'un ou de plusieurs calculs. Cette extraction offre quelquefois de graves difficultés. Pour l'opérer, il faut souvent agrandir l'ouverture de la fistule, et, dans les cas de calculs branchus, il pourrait être nécessaire de pratiquer, à la substance même du rein, plusieurs incisions. On aime mieux, en général, attendre que le calcul branchu se soit un peu dégagé par suite de l'atrophie du rein, que de chercher à l'extraire ou à le broyer.

Si, après la guérison apparente d'un abcès fistuleux, rénal, lombaire, il survient de la fièvre et une douleur fixe, aiguë ou sourde, au côté des lombes où siégeait la fistule, si on sent au-dessous de la cicatrice un corps dur, ou une fluctuation même obscure, il faut, à l'exemple de Roonhuysen, inciser les lombes sur la cicatrice et jusqu'au foyer.

On est souvent dans l'incertitude au sujet de la présence ou de l'absence d'un corps étranger au fond d'un abcès fistuleux, rénal, lombaire; on a vu, en effet, des abcès autour des reins, survenir dans des cas de pyélite calculeuse, sans qu'il y eût perforation du bassinet ou des calices (§ 737). Et d'un autre côté, une semblable perforation a eu lieu dans des cas de gangrène de rein, indépendante d'un corps étranger. Dans ces cas douteux, il faut agir, pendant quelque temps, comme s'il existait réellement un corps étranger, inaccessible à l'instrument.

§ 752. J'ai rapporté quelques exemples de fistules rénales lombaires, consécutives à des abcès autour des reins (§ 748), et j'en ai indiqué plusieurs autres dans l'historique de la pyélite. Il me semble inutile de multiplier ces exemples; mais je crois devoir reproduire ici une observation, recueillie par Desault, remarquable par cette circonstance des plus rares, que les fistules urinaires lombaires dépendaient peut-être d'une fistule vésicale ou uréthrale.

Obs. I. — Difficulté d'uriner dès l'enfance; coup de poing sur les bourses, vers l'âge de 9 ans, suivi d'abcès et d'une augmentation de la difficulté d'uriner; tumeur inflammatoire à la partie antérieure de la région lombaire gauche, dégénérant plus tard en fistule urinaire; nouveau dépôt, suivi d'une autre fistule dans la même région, mais plus en dehors; un mois après, nouveau foyer et nouvelle fistule près du pubis du même côté; enfin quatrième fistule à la région lombaire droite en avant et en bas; persistance de ces quatre fistules, guérison radicale le cent quarante-huitième jour après le rétablissement complet du cours de l'urine par la voie naturelle (Desault, *OEuvr. chirurg.*, t. III, p. 301, 3e éd., 1813).

Frédéric-Louis Omet, âgé de 10 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 3 septembre 1790, pour se faire traiter d'une rétention d'urine et de plusieurs fistules urinaires qu'il avait au bas-ventre.

Dès le plus bas âge, cet enfant urinait difficilement. Pendant long-temps une gêne plus ou moins marquée à la sortie des urines avait été la seule incommodité qu'il ressentît. Cette difficulté s'accrut vers la huitième année, et engagea les parens à demander des conseils. Après l'emploi de divers moyens, on en vint à l'introduction de la sonde, qui fut très laborieuse, et on borna les secours médicinaux à l'eau de lin pour boisson habituelle. Pendant un an, le cours des urines fut facile; mais il cessa de l'être à l'occasion d'un coup de poing violent que l'enfant reçut en jouant au côté droit des bourses. Aussitôt le lieu frappé devint le siège d'une vive douleur. Bientôt après, il y eut du gonflement et un dépôt, et les urines ne sortirent plus qu'à petit jet. On ne chercha pas néanmoins à reconnaître avec la sonde l'état du canal; on ne s'occupa que du dépôt, qui suivit

la marche ordinaire, à cela près que le pus demeura toujours séreux. L'ouverture résultant de ce dépôt guérit, et la difficulté de rendre les urines resta la même.

Peu de temps après, il se manifesta dans la partie antérieure de la région lombaire gauche une tumeur qui, s'étant enflammée, et ayant été ouverte, donna du pus, parfois mêlé de quelques gouttes d'urine, et se convertit en fistule. Après un court intervalle, il parut, vers le même endroit, mais un peu en dehors, un autre dépôt dont l'ouverture dégénéra de même en une seconde fistule. Au bout d'un mois, on remarqua, dans la même région, un peu au-dessus du pubis, un nouveau foyer; et après un pareil espace de temps, un quatrième dépôt, qui s'approchait de la région lombaire droite, et n'était éloigné de l'arcade crurale que d'à-peu-près un pouce et demi. Ces ouvertures ne guérissant point, la région hypogastrique offrit quatre fistules. Dans les premiers temps, elles laissèrent sortir quelques gouttes d'urine; bientôt elles en donnèrent davantage, et enfin il n'en passa presque plus par l'urèthre. La petite quantité qui enfilait ce canal n'y coulait que par un filet très mince et goutte à goutte, quelquefois même par regorgement. L'endroit des bourses qui avait été le siège du premier dépôt, se rouvrit, et produisit une cinquième fistule.

Lorsque l'enfant se présenta à l'Hôtel-Dieu, les fistules étaient extrêmement étroites, placées au centre de chairs fongeuses et environnées de duretés considérables; cet enfant ressentait dans tout l'hypogastre des douleurs assez vives, et n'urinait presque plus par l'urèthre.

D'après l'inspection des parties, on fut porté à croire que les urines ne pouvaient parvenir aux parois de l'abdomen que par une crevasse au corps de la vessie, et cette conjecture était d'autant plus vraisemblable, que l'on ne sentait point de cordon qui se dirigeât des bourses vers le canal, ni du côté des anneaux jusque dans le bas-ventre. On ne pouvait cependant pas rejeter la possibilité d'une crevasse à l'urèthre, d'autant plus qu'il y avait une fistule au scrotum, et, dans ce cas, les urines eussent pu se frayer des routes diverses depuis le canal jusqu'à l'anneau du côté droit, et fuser entre les parois de l'ab-

domen, où leur séjour eût déterminé les dépôts qui y étaient survenus.

Dans la vue de guérir les fistules en rétablissant le calibre de l'urèthre, et le cours naturel des urines, Desault essaya d'introduire une algalie dans la vessie. Cet instrument se trouva fort serré par le canal jusqu'au périnée; cependant avec un peu de force, il avança un peu plus loin, sans néanmoins atteindre la vessie. La dilatation opérée par l'algalie procura la possibilité d'introduire, à l'aide d'un stylet de fer, une petite sonde de gomme élastique enduite de cérat, et qui, au moyen de quelques légers mouvemens de rotation, parvint enfin dans la vessie, qu'on trouva singulièrement racornie. On fixa la sonde à l'ordinaire, avec des fils de coton; les urines y coulèrent facilement, et l'on remarqua qu'elles laissaient un dépôt purulent. On appliqua sur toute l'étendue des duretés du bas-ventre un cataplasme émollient, et l'on donna de l'eau de lin pour boisson : le cours des urines s'établit dès-lors par la sonde, et diminua par les fistules. Le malade fut ce jour-là plus tranquille, et ne souffrait point de la présence de la sonde.

Le lendemain, la douleur dans la région hypogastrique était moindre. Le troisième jour, la suppuration se manifestait déjà aux parois du canal; un mélange de pus et d'urine passait par les fistules; les duretés qui les accompagnaient étaient déjà moins considérables.

Entre le quatrième et le dixième jour, il n'y eut rien de remarquable; seulement la sonde fut nettoyée le sixième, et réintroduite assez facilement; le pansement et le régime restèrent les mêmes. L'enfant se promena avec la même facilité que s'il n'eût point porté de sonde.

Le seizième jour, toute l'urine passait par la sonde, excepté quelques gouttes, mêlées au pus qui sortait assez abondamment par les ouvertures fistuleuses. Une partie des duretés était détruite, et il n'en restait qu'à la circonférence des fistules.

Le dix-huitième jour, la sonde étant devenue libre dans le canal, on en introduisit une autre un peu plus grosse, presque sans résistance. On reconnut de nouveau par le moyen de cette sonde que la vessie était étroite et très sensible à sa partie

supérieure; le contact de cet instrument y produisait une douleur vive qui se répandait particulièrement dans toute la région hypogastrique : cette douleur se dissipait dès qu'on retirait la sonde, et qu'elle ne dépassait pas le col. On continua les cataplasmes émolliens sur le bas-ventre.

Le vingt-et-unième jour, il ne restait plus de trace de fistule au côté droit des bourses. Celle qui se trouvait dans la région lombaire gauche ne laissait plus sortir d'urine; les duretés en étaient fondues, et les chairs fongueuses qui l'environnaient auparavant, affaissées; les autres fistules n'étaient pas aussi avancées, mais il n'y passait que très peu d'urine, et seulement lorsque l'enfant faisait de violens efforts pour aller à la garderobe.

Le vingt-quatrième jour, la fistule des bourses se trouva cicatrisée, et l'on n'y sentait plus aucune dureté; les urines passaient également bien par la sonde.

Le trente-cinquième jour, les duretés de tout le côté droit de l'hypogastre étaient presque résoutes; il n'en restait plus que quelques-unes, même très superficielles. Les fistules ne fournissaient plus d'urine qu'à des intervalles fort éloignés; la sonde était beaucoup plus libre dans le canal.

Le quarante-sixième jour, la suppuration de l'urèthre était à-peu-près tarie; et le quarante-neuvième, ce canal parut aussi libre qu'on pût le désirer. A cette époque, on était très avancé dans la cure des fistules. Celle de la région lombaire gauche et celle du côté droit étaient tout-à-fait guéries. Les deux autres fistules qui occupaient l'intervalle des premières n'étaient plus fongueuses, ne conservaient que de très légères duretés et ne donnaient que rarement issue à quelques gouttes d'urine. Cet état resta absolument le même jusqu'au quatre-vingt-troisième jour. De temps à autre, il passait trois à quatre gouttes d'urine par les deux fistules qui restaient encore; mais le plus souvent ce n'était qu'un léger suintement de pus. On continua le même traitement, la sonde fut nettoyée tous les six jours, et fixée sur le prépuce, parce que le gland était devenu d'une extrême sensibilité.

Plusieurs semaines s'écoulèrent sans qu'il passât par les deux dernières fistules une seule goutte d'urine; et le cent vingt-et-

unième jour, l'une de ces fistules placée entre celle qui avoisinait le pubis et celle de la région lombaire droite était parfaitement guérie.

L'enfant se portait fort bien, et la fonte des duretés se trouva complète le cent quarante-cinquième jour. Trois jours après, la dernière ouverture fistuleuse était aussi cicatrisée, et l'on put alors retirer la sonde. L'enfant urina plus facilement qu'il ne l'avait jamais fait, et à très gros jet. Depuis cette époque jusqu'au cent quatre-vingt-dix-neuvième jour, le séjour de cet enfant dans l'hôpital permit de s'assurer que la guérison était parfaite et à l'abri de toute récidive.

§ 753. Dans l'observation précédente, bien que les fistules urinaires fussent situées aux lombes, Dessault paraît avoir pensé que le point de départ de ces fistules était dans la vessie ou même dans l'urèthre. Dans l'observation suivante, le rein a été évidemment la source des fistules, bien qu'une d'elles se soit ouverte au pli de la cuisse, dans un point très éloigné du siège primitif du mal.

Obs. II. — Abcès dans la région lombaire droite; issue d'un calcul; nouvel abcès dans la même région; abcès au pli de la cuisse, communiquant par un trajet fistuleux avec l'abcès lombaire (Ledran. *Obs. chirurg.* t. II, p. 87. — Chopart. *Traité des malad. des voies urinaires*, t. I, p. 274).

Une veuve, âgée d'environ 35 ans, eut en 1695, dans la région lombaire droite, un abcès considérable, qui fut ouvert à deux travers de doigt de l'apophyse transverse de la seconde vertèbre des lombes. Quelque temps après, il sortit une pierre grosse comme un pois; ensuite la malade guérit, et en recouvrant sa santé elle devint très grasse. En 1709, au bout de 14 ans, elle ressentit de la douleur dans l'endroit où elle avait eu son premier abcès; il survint une inflammation autour de l'ancienne cicatrice, la fièvre redoubla, les frissons devinrent plus fréquens et toujours irréguliers, l'inflammation augmenta, et la malade sentait profondément une douleur pulsative. On employa les cataplasmes maturatifs. Le troisième jour, sentant la fluctuation quoique profonde du pus, Ledran ouvrit la tumeur à côté de l'ancienne cicatrice, transversale-

ment et dans l'étendue de trois travers de doigts. Il sortit une chopine de pus de bonne qualité, et dans les jours suivans il s'en évacua encore une grande quantité. Le fond du foyer purulent était large et plus bas que l'ouverture extérieure. Le pus, les injections détersives, ne sortaient librement que lorsque la malade était couchée horizontalement. La plaie devenait tous les jours plus étroite. Ledran soupçonnant dans le foyer une pierre qui entretenait la suppuration et que la nature porterait au dehors, maintint les parois de la plaie écartées, au moyen d'une canule d'argent, un peu aplatie, de la grosseur du petit doigt, et de deux pouces de longueur. Cette canule donnait une issue libre au pus et conduisait les injections. Une année se passa sans aucun changement. La malade ne sentant aucun mal, allait à la campagne et se faisait panser par sa domestique : elle acquit un embonpoint considérable. Au bout de ce temps il ne sortit presque plus de matière par la canule; l'ulcère était sec; il survint de la fièvre, on remarqua un peu de pus dans l'urine ce qui n'était pas encore arrivé. Ces accidens venaient de ce que la canule était bouchée par de la graisse qui s'était accrue dans le trajet de l'ulcère, et qui retenait le pus dans le foyer situé près du rein. Ledran perça ce tissu graisseux avec une sonde introduite par la canule, et il en sortit environ deux pintes de pus. Il mit une canule plus longue, et les accidens cessèrent. Six semaines après, il parut, à la partie antérieure de la cuisse, du même côté, à quatre pouces au-dessous du pli de l'aine, une petite tumeur rouge, dure, douloureuse, qui contenait du pus; elle fut ouverte comme un abcès simple. Ledran s'aperçut le lendemain qu'il y avait dans le fond de l'abcès, un sinus d'où le pus sortait par la pression des doigts. Il dilata ce sinus au moyen de l'éponge préparée; puis avec des bougies de linge ciré et roulé, il s'assura de la communication des deux abcès à un foyer commun près du rein. Enfin, il pénétra jusqu'à ce foyer; pour lors le pus coula librement. Persuadé que ce n'était qu'un seul abcès qui avait deux issues, l'une aux lombes, l'autre à la cuisse, Ledran essaya de passer un séton d'une ouverture à l'autre, mais ne pouvant y parvenir, il laissa la canule dans l'ulcère des lombes

et continua l'usage des bougies qui étaient longues de quinze pouces, et de la grosseur d'un tuyau de plume d'oie. Comme elles étaient molles et pliantes, elles ne gênaient point les mouvemens de la cuisse, et la malade n'en était point incommodée. Les injections faites par la canule sortaient en partie par le chemin de la bougie. Ce traitement eut, pendant quinze mois, tout le succès possible; la malade agissait comme si elle n'eût eu aucune incommodité. Au bout de ce temps, la suppuration s'arrêta tout-à-coup, quoique les deux issues parussent libres. Il se fit une métastase, le pus se porta sur les poumons; la malade en cracha presque aussitôt que la difficulté de respirer se fit sentir, et elle mourut, suffoquée, au bout de 36 heures. A l'ouverture du corps, Ledran trouva le ventre farci d'une quantité prodigieuse de graisse. Le rein droit s'était fondu par la suppuration. Ce n'était plus qu'une petite vessie, de la grosseur d'une noisette, de l'épaisseur d'un parchemin, et remplie d'une pierre noire, divisée en deux parties. De cette vessie rénale, à l'extrémité de la canule, il y avait environ un pouce de distance; un sinus calleux faisait la communication de l'un à l'autre. L'extrémité de la bougie qui pénétrait par l'ulcère de la cuisse, se perdait dans le tissu adipeux, au devant du rein. Il y avait plusieurs sinus autour de cette partie, dont l'un communiqnait, par l'aine, à la cuisse. Il ne parut aucun épanchement dans la poitrine; les vésicules pulmonaires étaient pleines de pus blanc: n'ayant pu être expectoré, il a suffoqué cette dame.

§ 754. *Fistules rénales-gastriques.*

Il pourrait arriver dans un cas de pyélite calculeuse du rein gauche, que le pus se fît jour *dans l'estomac*, et qu'une certaine quantité de pus et d'urine et même de calculs (1) fussent

(1) A cette occasion je crois devoir rappeler deux observations qu'on a souvent citées sans remarque critique, et qui sont relatives à des *vomissemens d'urine et de calculs*, vomissemens très probablement simulés. On lit dans les *Transactions philosophiques* (Ann. 1678, n. 3) qu'une femme de 21 ans rendit par la bouche, après de violentes douleurs néphrétiques, accompa-

ainsi rejetés par le vomissement. Toutefois je ne connais aucun exemple bien authentique de fistules rénales gastriques. Cependant l'observation suivante, adressée à Rivière par le médecin qui en était le sujet, mérite d'être notée malgré toutes ses imperfections, et malgré les doutes que laisse dans l'esprit la guérison d'un cas aussi extraordinaire.

gnées de vomissemens et de rétention d'urine, un grande quantité de graviers semblables à du café, et pesant ensemble une demi-once; cette expulsion eut lieu à la suite d'un lavement qui sortit aussi par la bouche, sans excrémens : la malade continua de rendre ainsi les remèdes et le bouillon, outre une grande quantité de pierres; pendant plusieurs mois, il lui sortit journellement par la bouche depuis une demi-once, jusqu'à six et même quatorze gros de pierres grosses comme des pois et des avelines; ensuite elle vomit de l'urine; puis elle rendit des pierres, à-la-fois par la bouche, par l'anus et par l'urèthre : cette malade, qui avait été long-temps sans aller à la selle et sans uriner, remplissait alors ces deux fonctions en partie; lorsqu'elle allait à la garderobe, elle vomissait, mais les pierres passaient par la vessie; le bas ventre était gonflé; en y touchant, on entendait un bruit causé par le frottement des pierres; l'hypochondre gauche était dur et la région lombaire droite douloureuse.

Un autre fait aussi extraordinaire et aussi douteux se trouve dans l'ancien *Journal de médecine* (t. XVII, p. 173) : Une fille âgée de dix-huit ans, d'une constitution robuste, mais hystérique, fut prise de coliques néphrétiques et de rétention d'urine; le cathétérisme fit reconnaître une pierre engagée dans le col de la vessie; elle fut extraite avec des pinces à anneaux : la malade en rendit ensuite quatre cent soixante-seize, toutes de grosseur moyenne, sans comprendre celles qui sortirent par l'anus, en nombre égal à la moitié des précédentes, et cela dans l'espace de cinq jours; elle continua de rendre des graviers en grande quantité, quelquefois trois quarterons, puis une demi-livre en diminuant; trois mois après, à la suite de nouvelles douleurs néphrétiques, il sortit cent quatre-vingt-six pierres par l'urèthre et soixante-dix-neuf par les selles; au bout de six mois, la malade rendit encore beaucoup de sable; six mois plus tard, nouvelle émission de pierres, en très grande quantité, par l'urèthre et l'anus; elles étaient grosses comme des pois et des lentilles; au bout de quatre mois il y eut une attaque de paralysie générale, qui céda à divers remèdes, après quoi la malade jouit d'une santé parfaite. Le rédacteur de l'observation assure avoir été témoin de l'issue des calculs par l'anus.

Obs. III. — Douleurs dans la région du rein gauche; petits graviers rendus par le vomissement. Guérison.

Sævissima nephritide per quadriennium laboravi, sine sensibili renum vel hepatis intemperie calida, a qua sensim (Deo favente) sum liberatus usu aquarum vitriolatarum Aurelii apud Daienses; at vix calculos arenasque emingere cessaveram, cum in cruciatus crudelissimos incidi lateris sinistri sub costis circa lienem : dolor, brevi spatio circonscriptus, ad ventrem et umbilicum non porrigebatur, ren tantum sinister alternatim compatiebatur, ventriculus maxime sinistrorsum, præcipue cum vomitus instaret. Solvitur primo nòn ante decimam diem affectus iste : his observatis, quod neque alvus erat supressa, ut in colico dolore, neque urina repressa, ut in nephritide : contra urinæ copiosæ mingebantur, crassæ, turbidæ, in quibus laterculos pulverisatos dissolutos fuisse dixisses, quod breviter matulæ fundum petebant : at nihilominus crassa ista hypostasis non erat aspera, neque ullo modo calculosa, sed calcis instar in urinam levi agitatione rursum diffundebatur. Tali paroxysmo prima hyeme ter quaterve similiter fui cruciatus, celebrando ad tanti doloris expulsionem remedia, quæ in colico vulgo usurpari solent, uno omisso balneo, a quo pessime habueram in principio. Verum cum vomitus frequens et laboriosus inter cætera symptomata maxime infestaret, quem angor et gravis cardialgia præcedebat, venit in animum explorare accuratius cujus conditionis esset materia illa, quæ tam abunde etiam jejuno ventriculo rejectabatur. Erat certe quoad colorem, e rubro nigricans, pultis consistentia, crassa tenaxque, in qua, dum bacillo agitatur, multi calculi cineritii et subflavi, quales per urinas primo excreveram, inventi sunt, non semel tantum, sed quoties vomerem, magno conatu et labore, vel quoties talis dolor repeteret. Anno hoc postremo 1645 dolores mitiores sensim facti fuere, ren parum doluit, sed magis lien et ventriculus, seu pars sinistra de more solito, at longiori intervallo. Ex quibus agnovi mineram calculorum, primo et ultimo in liene et ejus vasis delituisse, et per vas breve (quod ex usu aquarum acidularum, deinde et per vo-

mitum patentius factum est) in ventriculum cum humoris atrabilarii magna copia sui portionem amandasse, quæ primo ad renes tantum modo propellebatur (1).

§ 755. Dans le cas suivant, il fut d'autant plus facile à la malade de simuler des vomissemens urineux, qu'elle avait réellement une lésion des voies urinaires.

Obs. IV. — Tumeur du rein droit, urines purulentes; simulation de coliques, de suppressions d'urine et de vomissemens urineux.

Florentine D..., non mariée, âgée de 36 ans, entrée à la Charité le 15 juillet 1836.

Cette femme, grande et assez forte, paraît n'avoir jamais fait de maladie sérieuse; s'il faut ajouter foi à ce qu'elle dit, elle serait tombée d'une hauteur de six pieds sur ses jambes il y a neuf mois, et, cinq jours après cette chute, elle aurait uriné du sang, vomi du sang, rendu du sang par le fondement. Ces hémorrhagies auraient duré quatre à cinq mois; et il lui aurait été impossible de sortir de son lit. Depuis un mois elle urinait fort peu, et depuis trois semaines on était obligé de la faire uriner avec une sonde.

Elle prétend encore que depuis plus de dix ans, même dans le meilleur état de santé, il lui arrivait de rester vingt-quatre, quarante-huit heures, et même plusieurs jours, sans uriner et sans qu'il en résultât aucun mal; jamais, du reste, elle n'a remarqué dans ses urines ni pus, ni rien d'extraordinaire. Quoi qu'il en soit de tous ces renseignemens, voici son état lors de l'entrée à l'hôpital : décubitus dorsal, face exprimant la souffrance, langue large, bouche amère, céphalalgie, point de vomissemens, point de douleurs à l'épigastre; mais la malade accuse dans l'hypochondre et dans le flanc droit une douleur telle que l'examen de cette région par le palper et la percussion est impossible. Dans le reste du ventre, absence de douleur, constipation extraordinaire. La malade assure que depuis trente-deux jours elle n'est point allée à la garderobe; pas de saillie appa-

(1) Lazari Riverii, *Observationes med. et cur. insign.* in-4°, Parisiis, 1646 Obs. Communicatæ, p. 47.

rente dans le flanc; respiration naturelle; insomnie, engourdissement dans les jambes, marche voûtée (*Saignée; sangsues sur le ventre; lavement purgatif*).

Le 20 juillet, les accidens sont beaucoup calmés; les urines, troubles et rares, contiennent une quantité assez notable de pus, qui forme à la partie inférieure du vase une couche de deux lignes d'épaisseur.

Le 28 juillet, les urines qu'on nous présente à la visite, ressemblent absolument, pour la couleur, à de l'eau de groseille; elles sont rougies par du sang. La souffrance du côté droit a beaucoup diminué; elle permet l'examen, et alors par le toucher et par la percussion on reconnaît la présence d'une *tumeur*, qui, par sa position et vu les changemens de la sécrétion urinaire, me paraît appartenir au rein droit. En plaçant la main gauche derrière la région rénale, et la droite en avant, et en communiquant des chocs soudains, on déterminait un ballottement évident. Les jours suivans, la douleur du côté s'exaspère de temps en temps, et on la soulage par trois applications de sangsues. Les urines sont alternativement blanches et rouges, avec une couche de pus.

Le 22 du mois suivant, il n'y a point eu d'évacuation d'urine. Cette anurie persiste les jours suivans.

Le cinquième jour, urines fortement sanguinolentes. Pendant tout le mois, le même phénomène se présente continuellement; rétention pendant deux ou trois jours, qui se termine par des urines sanguinolentes ou purulentes.

Le 26 septembre, point d'urines *depuis quatorze jours* (1); sueurs abondantes, qui n'ont point l'odeur urineuse. On explore de nouveau la tumeur; on s'assure qu'elle descend en bas jusque près de la fosse iliaque, et qu'en largeur elle se prolonge jusqu'à la ligne médiane. Le flanc et les lombes font saillie de ce côté; la fluctuation est manifeste.

Le 4 octobre, après sept jours de rétention d'urine, diarrhée, coliques, fièvre, selles sanguinolentes, vomissemens sangui-

(1) La malade affirmait qu'elle n'urinait pas, et ce fait paraissait fortifié par le témoignage de la veilleuse et des sœurs de service.

nolens absolument semblables aux urines. La malade affirme, avant qu'on l'ait entretenue de cette analogie, avoir senti dans sa bouche le goût et l'odeur urineuse (1). On traita le liquide rendu par la bouche et le liquide rendu par l'urèthre au moyen de l'acide nitrique, après les avoir fait évaporer, et dans tous les deux on constata la présence de l'urée; tous deux rougissent le papier de tournesol. M. Guibourt, de son côté, fit l'analyse chimique de ces deux liquides, et tous deux contenaient les principes de l'urine. Je crus réellement à l'existence de vomissemens urineux, et d'autant plus facilement que la tumeur du flanc s'était considérablement affaissée (2).

La malade continua de rester à l'hôpital; tous les jours elle vomissait de trois à sept fois de l'urine pure ou mêlée de sang; tantôt elle urine naturellement, tantôt au contraire il y a rétention.

Je rejetai d'abord toute pensée de supercherie de la part de cette femme au sujet des vomissemens urineux; d'ailleurs l'existence antérieure d'une tumeur rénale ne laissait aucun doute sur l'existence d'une affection des voies urinaires. J'ajouterai qu'ayant annoncé à cette femme que le seul moyen d'empêcher les vomissemens urineux serait peut-être de pratiquer une contre-ouverture dans la région lombaire, elle parut accueillir plutôt avec empressement qu'avec répugnance l'idée d'une opération.

La santé de cette femme avait paru s'altérer; elle gardait presque toujours le lit. Un régime doux, le repos, des bains tièdes, des lavemens légèrement narcotiques, un gargarisme avec l'eau de mélisse pour enlever de la bouche et du gosier le goût urineux après le vomissement (3), tels étaient les remèdes habituellement prescrits.

(1) On verra plus loin que cette femme en imposait.

(2) Le fait est que les matières contenues dans le crachoir et qu'elle disait avoir rendues par le vomissement, étaient un mélange d'urine, de sang et d'alimens; mais ce mélange était fait par la malade avec une adresse inconcevable; puis, elle se couchait sur le côté faisant des efforts comme pour vomir.

(3) J'étais, comme on le voit, complètement dupe de cette femme.

Quelques semaines s'étant passées ainsi, la malade vomissant tous les jours, sans dépérir notablement, je commençai enfin, et un peu tard, à soupçonner que cette femme, soit pour prolonger son séjour à l'hôpital, soit pour une autre cause, simulait des vomissemens urineux et des anuries. Une circonstance vint fortifier mes soupçons. Elle me montra un jour, à la visite, un vase rempli d'urine et d'une petite quantité d'alimens qui ne paraissaient pas avoir séjourné dans l'estomac. Un autre jour, elle affirma qu'elle n'avait pas uriné depuis sept à huit jours, et, par la sonde, on put extraire de la vessie une quantité notable d'urine naturelle. Enfin, ayant fait part de mes soupçons à la sœur de service, elle la surprit urinant, puis mêlant l'urine avec un peu de soupe. Cette femme fut renvoyée de l'hôpital le 23 juillet 1837.

Maintenant il reste à expliquer pourquoi cette femme, qui avait réellement une maladie des voies urinaires, et qui pendant quelque temps avait rendu de l'urine chargée de pus, eut l'idée de simuler des *vomissemens urineux*, des suppressions complètes d'urine. Tout ce que je puis dire, c'est que j'ai vu des simulations analogues, même parmi les personnes de la société, et sans pouvoir en trouver d'autre cause que celle de se rendre extraordinaire par quelque chose.

Fistules rénales-intestinales.

§ 756. Des fistules rénales peuvent s'établir entre le bassinet et les calices enflammés et diverses portions de l'*intestin*. M. le docteur Campaignac m'a montré un cas fort remarquable de fistule du rein droit, ouverte dans le *duodénum*. De tels cas sont très rares. Pendant la vie, une semblable lésion pourrait être soupçonnée, si une tumeur précédée de coliques néphrétiques, existait dans la région lombaire du côté droit, si cette tumeur s'était affaissée plus ou moins complètement et tout-à-coup, et si, après quelques efforts, en général peu douloureux, le malade avait vomi un liquide ayant *le goût* et l'odeur de l'urine, le goût persistant dans la bouche et l'arrière-gorge après le vomissement. Dans tous les cas, il faut convenir que de tels cas peuvent être simulés (§ 303).

C'est probablement à la suite de telles perforations du rein dans le duodénum ou dans l'estomac, que des calculs urinaires ont été rejetés, avec l'urine, par le vomissement (1).

Obs. V. — Tumeur formée par la distension du rein droit, rupture du sac dans le duodénum (Obs. recueillie par M. Campaignac dans le service de Fouquier) (Atlas, Pl. xx, fig. 1).

La nommée Yvozy (Caroline), âgée de 45 ans, couturière, demeurant rue St-Guillaume, n° 2, née à Valogne (Manche), malade depuis six mois, entrée le 10 janvier, morte le 6 mars 1835. Cette femme, réglée à 13 ans, l'a toujours été bien depuis; elle a porté deux enfans à terme; n'a jamais été sérieusement malade. Dès l'âge de dix ans, elle a ressenti des douleurs dans le côté droit du ventre, entre la fosse iliaque et l'hypochondre, tirant vers les reins. Les douleurs se manifestaient à des époques plus ou moins éloignées; très vives, elles duraient 24 heures, après quoi elles disparaissaient. Toute la vie, la malade a eu de la tendance à la constipation. Elle n'a jamais souffert en urinant; mais dès son jeune âge, et, toujours depuis, les urines ont été très sédimenteuses. Il y a une douzaine d'années, plusieurs fois après être montée à cheval, elle a uriné du sang. Depuis quatre ans, cette douleur a été plus fréquente et plus vive: souvent, dans ce cas, la malade appliquait quelques sangsues sur le siège de la douleur, qui disparaissait pour quelque temps, et lui permettait de reprendre ses occupations habituelles.

Il y a trois semaines, la douleur a reparu avec beaucoup d'intensité. En dehors de l'ombilic, à droite, entre l'hypochondre et la fosse iliaque, il s'est développé une tumeur profonde, se dessinant un peu au dessous des parois abdominales. On a successivement fait une saignée du bras, mis un vésicatoire vers l'hypochondre droit, appliqué dix sangsues au-dessus de la fosse iliaque, et administré des pilules de calomel, du savon et de l'extrait de pissenlit, en outre, deux onces d'huile de ricin. Ces divers moyens ont amené peu de soulagement; néan-

(1) Senter. *Transactions of Philadelphia.* I, 1, n. 9.

moins, les sangsues ont un peu calmé la douleur, et le purgatif a débarrassé le ventre, distendu par la rétention des matières fécales qui durait depuis dix jours. Outre ces moyens, on a donné un bain qui a calmé les douleurs de rein, qui dataient de six semaines.

État présent. Peau fraîche, pouls petit, serré, battant 84 pulsations par minutes, peu d'embonpoint. Tel a été toujours l'état habituel de la malade. Bouche bonne, langue un peu blanche, légèrement pointillée vers l'extrémité. Epigastre sensible à la pression, tout le côté gauche de l'abdomen est insensible à la pression, de même que la fosse iliaque droite. Au-dessus d'une ligne qui, de l'ombilic, se porterait à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles, existe une tumeur arrondie d'environ trois pouces de diamètre. Ce point, sensible à la percussion, est dur et rénitent. La peau, sans changement de couleur, est complètement mobile au-dessus. Entre le rebord des côtes et la tumeur, existe une dépression, sorte de sillon, ayant à-peu-près huit lignes de longueur, la pression ne peut y être exercée sans causer des douleurs fort vives. En arrière entre l'os des îles et le rebord de la poitrine, on sent profondément la partie postérieure de la tumeur. Dans ce point, la percussion ne cause aucune douleur, et, en repoussant de la main la tumeur, loin de causer de la douleur, on procure du soulagement. Cette pression fait que la tumeur se dessine d'une manière plus manifeste, et semble s'élargir en avant. Percussion claire à l'épigastre, dans tout le côté gauche de l'abdomen, et du côté droit, au-dessous de la ligne supposée aller de l'ombilic à l'épine antérieure et supérieure de l'os des îles; au-dessous de ce point, le son est complètement obscur et moins clair, et la matité ne devient complète qu'au niveau du sillon qui borne la tumeur à la partie supérieure. A partir de ce point, et dans l'espace de trois travers de doigt, au niveau des deux dernières fausses côtes, le son est mat comme dans le sillon. Dans le flanc, en dehors de l'abdomen, il existe de la matité, mais moins qu'au-dessus de ce point, au niveau de la région du foie. En arrière, le foie paraît occuper peu de place sous les côtes, car ce n'est qu'à la partie tout-à-fait inférieure de la base de la

poitrine, qu'on retrouve la matité appartenant à cet organe.

L'estomac paraît être sain, les digestions sont faciles, la constipation est habituelle; depuis deux jours la malade n'a pas eu de garderobes. Les matières rendues forment de petits corps inégaux, arrondis et durs; excrétion des urines facile et sans douleur. Ces urines conservées dans un verre offrent un sédiment blanchâtre qui en constitue à-peu-près la huitième partie. Ce sédiment, séparé de l'urine qui le surmonte, offre l'aspect d'un pus blanchâtre; ces urines n'ont aucune mauvaise odeur. Il n'existe rien de particulier du côté de la poitrine et de la tête.

Sous l'influence de deux applications de sangsues, de topiques émolliens et de lavemens adoucissans, qui débarrassèrent le gros intestin de quelques matières dures, les douleurs diminuèrent un peu sans qu'il fût apporté de changemens à la tumeur.

Le 20 janvier, en pressant alternativement d'avant en arrière, et d'arrière en avant, on y distingua une fluctuation un peu obscure qui successivement devint de plus en plus claire. Le sédiment observé dans les urines fut dès-lors de moins en moins marqué, car le 10 février il formait un fond d'urine à peine de la hauteur de deux à trois lignes. A cette dernière époque, la tumeur avait augmenté de volume et s'était un peu plus dessinée en avant; dans ce dernier point, elle semble surtout se développer vers le haut au niveau du sillon que nous avons décrit entre elle et le rebord des côtes. On sentait dans ce lieu, en avant et surtout en haut, une fluctuation des plus manifestes. Les choses restèrent dans cet état jusqu'au 18 février. Dans la soirée de ce jour, il survint tout-à-coup un vomissement abondant d'un gris-jaunâtre, fétide, légèrement alcalescent, et à l'instant même la tumeur perdit en avant un tiers à-peu-près de son volume; la fluctuation cessa d'être distincte, et la saillie formée en dernier lieu en avant au-dessous du rebord des côtes disparut, de telle sorte que la tumeur fut, par là, réduite à ses premières proportions. A partir de ce moment, les urines redevinrent un peu plus sédimenteuses. La constipation était à-peu-près constamment la même. La tumeur, toujours un peu sensible à

la pression, le devenait parfois davantage. Des sangsues et des ventouses mouchetées, calmaient constamment un peu la douleur qui persistait toujours d'une manière sourde. La malade maigrissait de plus en plus, et son teint et la couleur de sa peau devenaient d'une couleur de plus en plus blâfarde et paillée. La douleur s'accrut en dernier lieu d'une manière sensible, demeura à-peu-près constante malgré de nombreuses saignées locales, et devint très vive vers le côté droit des lombes qu'on ne pouvait plus presser sans beaucoup l'irriter, ce qui ne s'était point remarqué jusque-là.

Du 1er au 9 mars, les urines, déposant toujours un épais sédiment blanchâtre, comme purulent, prirent une couleur rougeâtre, comme si elles eussent contenu une certaine quantité de sang dissous. En dernier lieu, cette coloration était presque disparue. A dater du 6 mars, des vomissemens opiniâtres se manifestèrent en même temps que le flanc droit et la paroi droite des lombes étaient très douloureux. La matière de ces vomissemens était jaunâtre amère, d'une odeur aigre. Le 11 mars, à la visite du soir, la malade se plaignait d'avoir un goût horrible dans la bouche et d'être comme empoisonnée par la matière du vomissement. Ce liquide, jaunâtre comme d'habitude, avait en effet une odeur fétide, alcalescente, comme de l'urine croupie. En dernier lieu, les extrémités inférieures, les mains et la région des lombes s'infiltrèrent et le pouls devint de plus en plus misérable, les yeux ternes, la voix affaiblie, presque mourante. Les vomissemens un peu plus éloignés persistèrent néanmoins jusqu'au dernier jour malgré l'usage de tous les moyens qu'on emploie en pareil cas pour les calmer. Le 15, à dix heures du matin, la malade perdit connaissance et demeura ainsi dans une sorte d'agonie, calme et sans râle, jusqu'au 16 mars; à deux heures de l'après-midi elle s'éteignit.

Autopsie du cadavre faite vingt heures après la mort. Le corps est dans un état d'amaigrissement complet; on sent, dans le flanc droit et dans la région lombaire, une tumeur, arrondie, dure, ayant deux pouces de diamètre, mais on n'y aperçoit plus aucune espèce de fluctuation. Le cadavre est encore

un peu chaud. Il n'existe aucune trace de décomposition.

Poitrine. La surface du poumon est adhérente par quelques brides celluleuses du côté droit; du côté gauche il n'en existe qu'une seule après l'ouverture de la poitrine. Ces organes se sont affaissés sur eux-mêmes. Les bronches n'offrent rien de remarquable. Elles contiennent un liquide spumeux. Le poumon gauche est plus affaissé que le droit; il est fort peu crépitant. Il contient à peine de liquide, même à la partie postérieure. Les lobes moyens et supérieurs du poumon droit offrent le même aspect que le poumon gauche, mais le lobe inférieur est comme engoué par un liquide spumeux qu'on en expulse par la pression. Ils ne contiennent d'ailleurs aucune production morbide. Le cœur est petit, l'oreillette droite seule est distendue par un énorme caillot. Le côté gauche contient fort peu de sang. Les diverses valvules sont saines. Le péritoine n'offre rien de particulier.

Abdomen. L'œsophage offre vers son extrémité inférieure quelques taches violacées; l'estomac est consistant, de petite capacité, et offre des villosités très développées, et un peu de rougeur vers son grand cul-de-sac. Le duodénum offre à son intérieur une couleur légèrement ardoisée. On voit, au niveau de l'endroit où il forme une anse près de la tête du pancréas, un petit point brunâtre qui est l'orifice d'une fistule qui communique avec le rein droit, et dont il sera parlé plus tard. Deux autres ouvertures fistuleuses se trouvent un pouce au-dessus d'elle, et communiquent avec un foyer qui paraît creusé aux dépens du rein et du foie. L'intestin grêle est petit, son intérieur a une couleur rosée, uniforme, qui, vers son extrémité inférieure, et jusqu'à quelque distance du cœcum, devient d'un aspect ardoisé. Valvule de Bauhin, parfaitement saine. Le gros intestin offre çà et là quelques traces de rougeur, il ne présente d'ailleurs rien de particulier. Le pancréas et la rate sont sains. Il n'y a qu'une petite quantité de sérosité dans le petit bassin.

Le foie, d'un volume à-peu-près naturel, n'offrait rien de remarquable quant à la couleur et à la consistance. Il y avait, à la face inférieure de son lobe droit, une espèce de sinus à surface

inégale, dont la paroi supérieure était formée aux dépens de sa substance. On voyait là, dans l'épaisseur de plusieurs lignes, un tissu lardacé blanchâtre, avec des taches grises ardoisées, jaunâtres, mélangées de rouge. La partie inférieure de ce foyer, qui pourrait contenir une pomme d'apis, appuie sur l'extrémité supérieure du rein droit, avec l'intérieur duquel il communique un peu en avant par une ouverture d'un pouce et demi de circonférence. L'extrémité supérieure du rein forme, en arrière de l'ouverture dont je viens de parler, une saillie arrondie d'un gris ardoisé comme tapissée d'une fausse membrane. En arrière de ce point on remarque un petit corps aplati, saillant dans l'intérieur du foyer par un de ses bords qui paraît être la capsule surrénale dégénérée et d'un aspect presque lardacé. En arrière du foyer se trouve une ouverture arrondie, communiquant avec un autre foyer placé en avant des muscles des lombes, et venant aboutir à une cavité qui aurait pu loger une petite noisette. Cette cavité est placée sur le côté droit et dans l'épaisseur du corps de la troisième vertèbre lombaire. Ce dernier foyer contient du pus à demi concret, en partie infiltré dans le tissu cellulaire, qui, lui-même, est blanchâtre et comme gangréné. Le canal rachidien est parfaitement sain au niveau de la troisième vertèbre lombaire, comme partout ailleurs. Le foyer placé entre le rein et le foie, contient une notable quantité d'un pus grisâtre et fétide. Ce dernier foyer communique avec les autres par un trajet fistuleux d'une ligne et demie de diamètre. Le rein droit, d'un tiers plus volumineux à-peu-près que le rein gauche, est creusé par des cavités sinueuses formant autant de clapiers séparés, communiquant entre eux par l'intermédiaire du bassinet, et contenant un liquide purulent d'un blanc jaunâtre. La plupart de ces foyers paraissent être le résultat de la distension des calices. Les inférieurs sont recouverts de quelques grains sablonneux, l'un deux contient quatre petits calculs inégaux, aplatis, offrant un mélange de couleurs blanchâtres, grises et brunes, ressemblant à des fragmens inégaux de mâchefer. Ce foyer, placé tout à-fait en bas, en dedans et en avant, communique, par un trajet fistuleux brunâtre qui se dessine en dessous du péritoine, avec

le duodénum par l'ouverture fistuleuse inférieure, laquelle a tout au plus une ligne de diamètre et dont les bords sont ardoisés. A l'extrémité supérieure du rein se trouve un seul foyer, à surface inégale, formé à la partie inférieure par un tissu ressemblant un peu au fongus hématode, communiquant d'un côté par une large ouverture, comme nous l'avons dit, avec le foyer placé entre le foie et le rein, et de l'autre d'une manière plus étroite avec les foyers inférieurs, formés par les calices dilatés. Ce dernier foyer paraît être le résultat de l'altération et de la destruction d'une portion de la substance du rein. Le bassinet, à surface inégale, et comme recouvert d'une fausse membrane, n'a souffert aucune distension ; l'uretère s'y implante en acquérant à son origine le volume du petit doigt. Ce conduit est distendu par un liquide purulent. Sa surface interne est d'un gris ardoisé légèrement teint de rouge en quelques points. L'uretère offre un renflement près de la vessie. Dans ce point, un calcul d'un pouce de long, inégal, ayant un côté concave et un convexe (ce qui lui donne de la ressemblance avec un haricot perforé à son centre), bouchait incomplètement ce conduit. Du bord concave au bord convexe, cette perforation a une ligne et demie de long sur une ligne de large. Au-dessous de ce calcul, l'uretère reprend tout-à-coup son volume naturel pour se renfler un peu de nouveau, trois lignes plus bas, où il contient un autre petit calcul aplati, de forme angulaire. Au-dessous de ce dernier point, l'uretère reprend son volume naturel et parvient ainsi dans la vessie, où son orifice est parfaitement perméable. La vessie, légèrement rosée à sa surface interne surtout vers son bas-fond, contient environ deux onces d'un pus blanchâtre, légèrement floconneux. Le rein gauche, parfaitement sain ainsi que l'uretère. L'uretère offre à sa surface interne quelques petits corps blanchâtres fibreux, du volume d'un grain de genièvre. L'aorte abdominale et ses branches rénales, même la droite sont partout perméables. La veine cave inférieure contient un caillot brunâtre, en arrière duquel existe une sorte de végétation fibrineuse adhérente à ses parois, à surface inégale, d'un blanc tacheté de rouge, de consistance molle. Cette espèce de végétation remplissait le tiers de la capacité de la veine, et s'é-

tendait dans l'espace de deux pouces. Ce caillot couvre l'orifice de la veine rénale droite, et en partie celui de la veine rénale gauche. Cette dernière au-delà de son orifice est partout parfaitement perméable. La veine rénale droite représente, à son origine, un corps dur, qui est le résultat de la transformation de cette veine en un corps ligamenteux, au centre duquel il existe une strie brune. Les divisions de cette veine sauf une seule, qui, tout-à-coup, redevient perméable avant de pénétrer dans le rein, sont, de même que le tronc principal, transformées en tissu ligamenteux, offrant une raie légèrement brune au centre. La veine cave inférieure, avant sa division en iliaques, offre intérieurement une plaque jaunâtre ovoïde de cinq lignes de longueur, d'une dureté presque fibreuse, ressemblant assez aux plaques de même nature que l'on trouve quelquefois dans les artères.

La vésicule du fiel contient une bile jaunâtre, de consistance de mélasse, qui enveloppe un calcul arrondi, du volume d'une grosse noisette.

§ 757. Les exemples de fistules rénales *s'ouvrant dans le colon* ne sont pas très rares, et paraissent avoir été anciennement connues (1).

(1) Cette rupture des abcès rénaux dans l'intestin est mentionnée dans plusieurs passages de la collection hippocratique : Si vero ulcus coaluerit, renis venter intro pus colligit. Et si quidem pus intro rumpatur, et *ad intestinum rectum* feratur, evadendi spes est (Hippocratis, *Opera omnia*. De intern. affectionibus, in-folio Francofurti 1621, p. 540). Quibus vero renum vitio affectis prædicta signa contingunt, doloresque circa spinæ musculos fiunt, si quidem ad loca exteriora ferantur, abscessum extra fore expecta. Quod si dolores *ad loca interna* magis vergant, abscessum quoque interius potius futurum sperandum (Hippocratis *Opera omnia*. Aphorism., sect. VII, aph. 35, p. 1259). Rufus en fait également mention : Aliquando autem et *ad intestina* eruptio devolvitur, et per sedem pus evacuatur (Rufus, cité par Aetius, *Tetrabiblos*, De suppuratis renibus, sermo III, cap. 18, in-fol. Basileæ, 1549, p. 606). Les médecins arabes ont rappelé ce fait : « Et quum collectionem faciunt: aut rumpuntur, quumque rumpuntur ad partem vesicæ (et est melius *oib*) aut *ad intestina*. » (Avicenne. *Libri in re medica omnes*, in-fol. Venetiis, 1564, lib. III, fen 18, tract. 2, cap. 1, p. 855).

Fernel paraît avoir non-seulement observé la rupture des poches rénales,

Fantoni (1) en cite un exemple. Duverney (2) a vu un abcès du rein gauche ouvert dans le colon. Baillie (3) dit avoir vu le rein communiquer avec l'intestin, de manière que le pus formé dans le rein s'évacuait par l'anus. On lit dans Weigel (4) un autre cas de fistule du rein gauche s'ouvrant dans le colon, avec diarrhée et selles purulentes. Wys (5) raconte qu'un homme, après avoir éprouvé pendant assez long-temps de fortes douleurs rénales, rendit du pus par les urines et par les selles. Après la mort, on trouva dans le flanc un énorme abcès, la colonne vertébrale altérée, et le rein transformé en un sac membraneux flottant dans l'abcès. Le colon communiquait avec le foyer par deux ouvertures fistuleuses. Lassus (6) rapporte que chez un malade qui rendait du pus par l'anus, le rein droit adhérait au colon qui offrait une perforation accidentelle.

« J'ai vu, dit Pierre Frank (7), le pus accumulé dans la cavité du rein s'ouvrir à l'extérieur, et la fistule donner issue à un calcul et à des urines purulentes; mais en peu de temps le colon lui-même fut perforé, de sorte que l'urine, les flatuosités et les excrémens sortaient en même temps par l'anus et par l'ulcère fistuleux. Lorsqu'un pus trop épais, un grumeau

distendues par le pus, dans le gros intestin, mais encore dans le duodénum ou dans l'estomac, puisqu'il fait mention de l'évacuation du pus soit par les selles, soit par le vomissement.« Hæc quum accidunt, tota jam pene renis substantia putredine consumpta est, illincque pus redundans inter peritonei membranas fluctuat. Hujus copia interdum vidimus totam ventris lumborumque regionem distendi, et *pus hinc tum dejectione, tum vomitione reddi* sincerum (Fernel, *Universa medicina*. Pathologia, lib. VI, cap. XII, in-fol. Coloniæ Allobrogum 1679, p. 553).

(1) Fantoni, *Anat. corp. human.*, diss. IV, p. 160.

(2) Duverney, *Anat. corp. human.*, cap. 14.

(3) Baillie. *Anat. patholog.*, trad. Guerbois, p. 130, in-8°, Paris 1815.

(4) Weigel. *Ital. med.-chir. Bibl.*, B. II, St. II, S. 206.

(5) Wys, *Museum der Heilkunde*, B. I, N. II, S. 12.

(6) Lassus, *Pathologie chirurgicale*, t. I. p. 138.

(7) Pierre Frank, *Traité de médecine*, traduit par Goudareau in-8°. Paris 1820, t. II, p. 198.

de sang, des matières fécales, etc., fermaient l'ouverture, aussitôt les symptômes de la néphrite se renouvelaient; ils persistèrent jusqu'à ce que l'écoulement se renouvelât et amenât un soulagement qui n'eut pas de longue durée. »

« J'ai trouvé, en 1767, dit Portal (1), dans le cadavre d'un homme d'environ 50 ans, le colon, le péritoine et le rein gauche tellement adhérens entre eux, que ces trois parties ne pouvaient être désunies. Il y avait dans le milieu de cette adhérence une ouverture par laquelle le rein communiquait avec le colon. Ce rein était très volumineux, et contenait plusieurs abcès avec de petites pierres. »

Je rapporterai plus loin un cas d'abcès tuberculeux du rein gauche (*voyez* : TUBERCULES DES REINS), communiquant aussi avec l'intérieur du colon.

En résumé, lorsque les reins distendus par le pus contractent adhérence avec le gros intestin, et que le pus accumulé dans le bassinet et les calices se fait jour dans l'intérieur du colon ou du rectum, cette terminaison de la pyélite se reconnaît aux symptômes suivans : d'abord la tumeur rénale s'affaisse plus ou moins par suite de l'évacuation du pus, dont on peut facilement retrouver des traces dans les selles, surtout dans le cas de perforation du rein gauche dans le colon descendant, ou dans un rein situé dans le bassin et communiquant avec le rectum. Plusieurs fois aussi on a pu constater l'odeur urineuse des matières fécales. Il est possible (quoique je n'aie pas encore eu l'occasion de le constater) qu'on pût trouver soit de l'acide urique, soit de l'urée, par l'examen chimique et microscopique des matières fécales. Toutefois si, par suite d'une énorme distension du bassinet et des calices, les substances rénales étaient à-peu-près complètement disparues, il se pourrait aussi qu'il n'y eût aucune trace des élémens de l'urine mélangés avec le pus.

Quoi qu'il en soit, à la suite de ces perforations rénales, il survient le plus souvent une inflammation chronique et ulcérative du gros intestin; et, après de longues souffrances, les

(1) Portal, *Anat. médicale*, t. v, p. 380.

malades finissent par succomber, épuisés par une diarrhée colliquative ou par une fièvre hectique. Cette fâcheuse terminaison peut être hâtée par des inflammations chroniques du péritoine, et par d'autres lésions de l'abdomen ou de la poitrine, qui surviennent assez fréquemment dans les dernières périodes des maladies chroniques des voies urinaires.

Obs. VI. — Fistule du rein gauche communiquant dans le colon descendant (1).

Une jeune femme entra le 16 septembre 1829 à l'hôpital Saint-Antoine, auquel j'étais alors attaché. Assez faiblement constituée, elle a cependant toujours joui d'une bonne santé. Il y a cinq mois, elle s'aperçut qu'elle portait, dans le flanc gauche, une tumeur douloureuse. L'appétit s'est perdu; les règles se sont supprimées, et ont été remplacées par des flueurs blanches. Il fut un temps où les urines étaient blanches, décolorées; un élève, attaché à la salle où cette femme était couchée, m'a dit que plusieurs fois elles avaient été purulentes: on avait appliqué à plusieurs reprises des sangsues.

Le 1er janvier, elle offre l'état suivant: elle est maigre, pâle; elle a peu d'appétit, mais elle digère bien ce qu'elle prend; les urines sont actuellement naturelles; le pouls est fréquent, petit, misérable; la poitrine est sonore et expansible; à droite, le sommet du poumon offre une pectoriloquie douteuse, sans gargouillement. Dans le ventre, la malade éprouve d'une manière continue des douleurs pongitives, qui redoublent par instans, et qu'elle compare à des piqûres d'aiguilles. Plus fortes, plus fréquentes le soir et la nuit que le jour et le matin, elles ont leur siège dans une tumeur qui s'étend depuis les fausses côtes du côté gauche jusqu'au pubis, en bas jusqu'à la ligne blanche, dont elle s'éloigne en haut. La tumeur est facile à circonscrire par la percussion; partout où elle siège, il y a matité très grande; sa surface est dure, résistante au toucher, et

(1) Ce cas a été publié dans le *Journal hebdomadaire*, t. VII, p. 397, par un de mes élèves, M. le Dr Bonnet.

un peu bosselée, inégale ; elle repousse le diaphragme en haut vers la poitrine, car la sonorité qui existe naturellement dans ce point est remplacée par de la matité. La malade dort peu, l'appétit est irrégulier ; les douleurs et l'insomnie ont nécessité l'usage des opiacés (*Tis. de gomme; cataplasmes émolliens; un grain d'extrait gommeux d'opium*).

Depuis le 5 janvier, on fait, chaque jour, des frictions sur la tumeur, avec un gros de pommade d'hydriodate de potasse ; la malade se trouve mieux, dort la nuit, toujours inclinée sur le côté gauche, à cause de la tumeur, qui l'empêche de prendre toute autre position ; l'appétit augmente (*Même prescription ; le quart d'alimens*). Jusque-là on ne savait si on avait affaire à un abcès rénal ou à une tumeur cancéreuse. Les antécédens faisaient croire à une collection purulente dans le rein.

Dans la nuit du 9 au 10, la malade fut prise d'une diarrhée très abondante, qui la soulagea beaucoup. L'infirmière dit que les matières rendues étaient de différentes couleurs, filantes, d'une odeur insupportable, et ressemblaient à la matière d'un abcès, et non à des matières fécales. En examinant la tumeur, on s'aperçut qu'elle avait perdu de son volume ; elle n'était plus dure, bosselée, le toucher faisait encore sentir un reste d'engorgement, mais moins sensible, et une sonorité évidente avait remplacé la matité observée antérieurement. Depuis lors, la malade repose aussi bien sur le côté droit que sur le côté gauche ; elle peut s'asseoir et se coucher en avant, ce qui lui était difficile auparavant. Le pouls est petit (110 pulsations) ; sous la clavicule droite, il y a moins de son et d'expansion qu'au point correspondant du côté gauche, et la voix y est plus retentissante (*Tis. gom.; on cesse les frictions*).

Les jours suivans la diarrhée continua ; les urines étaient naturelles en apparence, la peau était devenue sèche, chaude, la face pâle, le pouls plus rapide et plus petit ; la nuit il y avait parfois du délire ; cependant, le ventre n'était pas sensible ; anorexie, amaigrissement rapide, et mort le 25.

Autopsie du corps faite trente heures après la mort. Les centres nerveux n'ont rien offert de remarquable.

Les poumons étaient d'un blanc rosé et décolorés ; le som-

met du droit présentait des cavernes qui auraient pu contenir une assez grosse aveline, vides, tapissées à leur intérieur d'une membrane rosée que l'on ne pouvait enlever sans la déchirer, contiguë à un tissu dur, fibreux, mais peu épais. On ne put suivre les ramifications des bronches jusqu'à ces cavernes; mais on voyait, dans leur cavité, plusieurs orifices. Le sommet de ce poumon était froncé, inégal, rugueux; les bronches étaient rouges; le cœur avait son volume ordinaire.

En ouvrant la cavité abdominale, on vit une tumeur qui occupait tout le flanc gauche, jusqu'à la ligne blanche, dont elle s'éloignait en haut et qu'elle touchait en bas, de manière à offrir une direction oblique. Cette tumeur adhérait par des liens celluleux anciens, difficiles à détruire, au diaphragme qu'elle soulevait un peu, elle adhérait aussi à la paroi postérieure et latérale gauche de l'abdomen, ayant, à sa droite, la rate et le grand cul-de-sac de l'estomac; le colon descendant, soulevé par cette tumeur, passait sur son milieu, sans lui adhérer, et l'S iliaque faisait un coude qui touchait la partie inférieure de la tumeur. Là, une portion du mésentère adhérait aussi à la tumeur, et par la destruction d'une adhérence qui existait entre ces trois parties, il s'écoula, dans le petit bassin, une petite quantité de matière sanieuse, peu odorante. Le mésentère était d'un noir sale, dans sa portion adhérente, qui correspondait à une perforation de la largeur d'un sou, située au coude que formait l'S iliaque du colon, et qui se continuait avec une sorte de canal, qui passait sous la tumeur, et allait se rendre dans son intérieur. Ce canal avait un pouce de long à-peu-près. Ce n'était pas dans sa partie la plus déclive, et au point où elle adhérait au colon par le coude qu'il formait, que la tumeur s'ouvrait dans cet intestin, mais bien au moyen du canal dont je viens de parler. Depuis cette large perforation de l'intestin jusqu'à l'anus, on voyait, çà et là, des plaques rouges non ulcérées, où la membrane muqueuse était un peu épaissie. Le rein, formant une coque à parois dures et comme cartilagineuses, était divisé, à l'intérieur, en quatre cavités principales, qui communiquaient deux à deux et venaient se rendre à un canal unique, le bassinet.

Il y avait un peu de liquide sanieux dans leur intérieur. Quelques-unes de ces cavités étaient lisses, d'autres tapissées par une membrane grisâtre, sale, grumeleuse. La coque du rein était noirâtre, dure, et ne présentait plus aucune trace de fibres ni d'organisation. La vessie était saine, ainsi que tous les autres organes. Au milieu de ce désordre, l'uretère ne fut pas recherché avec assez de soin et ne fut point retrouvé.

L'abcès formé dans le rein, cause de la mort, a été, pendant quelque temps, un sujet de doute qui a cessé aussitôt que le pus a été trouvé dans les selles. La plupart des abcès qui se forment dans cet organe, sont ordinairement dus à des calculs. Dans ce cas, on n'en a trouvé aucun dans la poche rénale, ni dans la vessie; pendant sa vie, la malade nous a affirmé n'avoir jamais rendu de graviers avec l'urine; il est donc probable que l'accumulation du pus dans le rein a été consécutive à une oblitération de l'uretère, occasionée par toute autre cause.

Le rein droit était un peu augmenté de volume, et suppléait au gauche dans la sécrétion urinaire.

§ 758. *Fistules rénales-rectales.* (1)

Si on prenait à la lettre quelques passages des anciens auteurs, on pourrait croire qu'ils ont eu connaissance des cas dans lesquels du pus accumulé dans la cavité du bassinet et des calices, ou du pus provenant d'abcès extra-rénaux consécutifs à des perforations rénales, s'est fait jour dans le rectum.

Dernièrement, dit M. Cruveilhier (2), j'avais dans mes salles une femme qui était minée par une fièvre hectique dont je cherchais inutilement la cause, soit dans le thorax, soit dans l'abdomen. Elle mourut : à l'ouverture du cadavre, je trouvai les deux reins réunis occupant le petit bassin, derrière le rectum et débordant un peu le détroit supérieur. Ce rein conte-

(1) Voyez le passage d'Hippocrate cité plus haut. Il est probable que le mot ἀρχὸς (*rectum*) a été employé pour indiquer que le pus est évacué, dans ces cas, par l'anus.

(2) Cruveilhier, *Anatomie descriptive*, t. II, p. 694.

nait une grande quantité de pus qui s'était fait jour par le rectum.

Les cas de situation d'un des reins dans le bassin sont très rares, et ceux dans lesquels ils contiennent des calculs, plus rares encore ; de sorte que, dans un cas d'évacuation de pus urineux par les selles, on devra soupçonner soit l'ouverture dans l'intestin colon d'un abcès lombaire avec perforation du rein, soit une perforation de la vessie dans le rectum, d'où l'urine purulente passerait avec les selles, plutôt qu'un cas analogue à celui qui a été rapporté par M. Cruveilhier.

Je ne crois pas devoir insister sur les signes à l'aide desquels on peut reconnaître qu'un pus urineux rendu par le rectum, provient de la vessie et non du rein ou d'un abcès extra-rénal ; je ferai remarquer seulement que dans les cas de communication de la vessie avec le rectum, non-seulement l'urine se mélange aux fèces, mais le plus ordinairement aussi des gaz intestinaux et de petites parties de fèces sont évacuées de temps à autre par l'urèthre (1).

(1) Dans quelques cas rares, il peut exister à-la-fois une fistule recto-vésicale et un abcès extra-rénal consécutif à une perforation du rein. Voici en abrégé l'histoire d'une semblable maladie. Le 4 juin 1814, dit M. Howship, je fus appelé par le Dr Hooper, pour examiner le corps d'un gentleman, âgé de 65 ans, mort, à Islington. Trois à quatre mois avant sa mort, il avait été attaqué de vomissemens, avait rendu du sang par les selles, et il avait eu une fièvre accompagnée de pétéchies. Ce gentleman fut ensuite atteint d'une douleur violente et continue dans le côté gauche des lombes. Les urines étaient épaisses et déposaient une matière d'apparence purulente.

Quoiqu'il assurât qu'il n'avait jamais éprouvé de sa vie de difficulté à uriner, un habile chirurgien lui dit qu'il avait un rétrécissement, et lui introduisit des bougies.

Au bout de trois semaines, la douleur passa à la hanche, où elle était moins gênante. Bientôt le malade remarqua qu'il urinait moins qu'auparavant, *que ses selles étaient plus molles et qu'elles avaient une odeur urineuse.* Après une semaine ou deux, les choses changèrent; les urines furent plus abondantes et mêlées de petites parties de matières fécales, il s'échappait des vents par l'urèthre avec un bruit particulier. Cet état dura jusqu'à sa mort. A l'autopsie du cadavre, on trouva la portion du péritoine qui recouvre les muscles iliaque et psoas du côté gauche soulevée par un large

§ 759. *Fistules rénales-péritonéales.*

On cite plusieurs exemples de collections purulentes dans la cavité du bassinet et des calices et qui se sont ouvertes dans le *péritoine*. (1)

Dupuytren m'a communiqué un cas dans lequel la perforation se fit, non dans le bassinet et les calices, mais au commencement de l'uretère. Ce fait est remarquable, en outre, par une circonstance des plus rares, l'ulcération des parois de l'intestin de dehors en dedans, en plusieurs points. Il y a lieu de supposer que, si la péritonite eut une marche *chronique*, cela dépendit, en partie au moins, de la petitesse de l'ouverture fistuleuse de l'uretère.

« La fille de madame ..... succomba après de longues souffrances à une pyélite calculeuse, avec distension, suivie de la perforation de l'uretère et d'une péritonite chronique. Quelque temps avant la mort, un abcès situé dans la région rénale

abcès. Du pus était épanché dans l'abdomen, et, en pressant sur la portion du péritoine qui couvrait l'abcès, on voyait le pus couler, par une petite ouverture, dans la cavité de cette membrane. Cet abcès ouvert, on vit qu'il avait séparé le rein des muscles sur lesquels il repose et qu'il s'étendait en bas jusqu'au ligament de Poupart. Il y avait environ vingt onces de pus dans l'abcès.

Plusieurs abcès existaient dans les calices du rein malade. Un d'eux s'était ouvert à la face postérieure du rein dans le tissu cellulaire et s'était étendu inférieurement comme nous l'avons dit. Ce large abcès avait décoloré et presque désorganisé le tissu cellulaire et la surface des muscles sur lesquels il reposait. On voyait une plaque enflammée circonscrite entre la face postérieure de la vessie, et la face antérieure du rectum qui lui était adhérent. Au centre de cette adhérence existait une ouverture à travers laquelle on pouvait introduire une sonde et qui établissait une communication entre ces deux cavités (Howship, *ouvr. cité*, page 42).

Tulp rapporte aussi un cas de fistule vésico-rectale, avec suppuration du rein gauche. En parlant des matières évacuées par le rectum, Tulp dit : « Et quicquid ejus ab ano efflueret, id aut arenulis, aut membranis calculosis semper fuit permixtum (Tulp, *Obs. medic.* Lib. IV. cap. 38, pag. 336.)

(1) Bonet, *Sepulcretum*, lib. III, sect. XXI, chap. 8. — Voyez une observation que j'ai rapportée page 142, et une autre, page 252.

gauche, avait été ouvert par une ponction pratiquée avec un trois-quart.

Le 25 février 1826 on procéda à l'ouverture du corps, trente-six heures environ après la mort. Le corps était d'une maigreur excessive, le ventre volumineux, tendu, les membres inférieurs infiltrés, celui du côté gauche plus que l'autre. Les régions inguinales et iliaques sont proéminentes et un peu violettes. La grande lèvre gauche est très tuméfiée, mais seulement par infiltration.

Le ventre ayant été ouvert, on remarqua les altérations suivantes. Tous les intestins adhéraient entre eux, et ils étaient fortement unis aux parois abdominales. Au milieu de toutes ces adhérences, il y avait un grand nombre de foyers purulens circonscrits par les circonvolutions des intestins. Parmi ces foyers, les plus considérables étaient situés : l'un au devant du rein droit le long de la partie ascendante du colon, l'autre derrière le rein gauche, celui-ci se prolongeait au côté postérieur et interne du muscle psoas et jusque sur le côté gauche de la colonne lombaire, dont il n'avait pourtant pas dénudé les os ; un troisième dans la fosse iliaque du côté gauche, s'étendait jusque sous l'arcade crurale ; un quatrième remplissait la presque totalité du petit bassin. Tous ces foyers étaient remplis par deux matières, l'une purulente, l'autre blanche, molle, suifeuse, fusible à la chaleur et graissant le papier sur lequel elle est posée ; elle avait en un mot l'apparence du blanc de baleine, ou de l'adipocire. Quelques-uns d'entre eux communiquaient avec le canal intestinal à l'aide de perforations, qui avaient lieu de dehors en dedans, plus larges du côté du péritoine, plus étroites du côté de la membrane muqueuse et qui n'étaient accompagnées d'aucune rougeur, ni d'aucune altération soit à la muqueuse, soit dans son voisinage. Ces derniers foyers contenaient, outre les matières indiquées ci-dessus, de la matière stercorale liquide et jaunâtre. Tous ces foyers communiquaient entre eux par des conduits plus ou moins évidens, qui, en derrière analyse, se rendaient tous dans le rein gauche.

La rate était petite, d'un tissu ferme, d'une couleur brune ; sa

membrane offrait quelques points cartilagineux. Le foie était sain; la vésicule ne renfermait aucun calcul. Le tissu du rein gauche avait disparu, et cet organe était réduit à l'état d'une poche à parois fibreuses. Les calices, le bassinet et la partie supérieure de l'uretère, jusqu'à trois pouces des reins, étaient fort dilatés. Dans ce dernier point, l'uretère contenait un calcul urinaire de forme triangulaire, de la largeur d'une pièce d'un franc, et étroitement embrassé par les parois du canal. Celles-ci sont usées et même entièrement perforées en plusieurs points; de ces perforations partent des canaux fibreux en dehors, tapissés d'une membrane en apparence muqueuse en dedans, qui se portent vers divers foyers d'épanchemens. Ces petits conduits semblent avoir porté avec l'urine et le pus la cause de l'inflammation, des abcès, des désordres et des transformations qu'on y a observés.

Au-dessous de ce calcul, l'uretère était excessivement rétréci, et semblait même oblitéré.

Le rein droit était sain et plus développé que de coutume, Les douleurs éprouvées dans ce côté du ventre n'avaient d'autre cause que le grand foyer de matière purulente, adipocireuse et fécale situé au-devant du colon ascendant.

La vessie, ample et remplie d'urine transparente, était exempte d'inflammation.

La matrice était petite, d'un tissu ferme, de couleur rouge; sa membrane muqueuse était violacée.

Les poumons, quoique petits et refoulés en haut, étaient sains et exempts d'adhérences et de tubercules.

Le cœur était épais, d'une consistance ferme; le péricarde était sain, et contenait un peu de sérosité limpide.

La partie postérieure du flanc gauche offre une petite ouverture ronde, laquelle est le principe d'un canal qui traverse obliquement les parois de l'abdomen, et se rend enfin au centre de la poche en laquelle le rein a été transformé. Aucune lésion, aucune altération ne se font remarquer sur le trajet de ce canal fait par le trois-quart.

Ainsi l'appareil urinaire avait été le siège primitif et le point de départ de la série d'accidens par lesquels la vie entière

de ... a été transformée en une longue maladie. L'affection de cet appareil avait consisté dans une production de calculs, dont l'un arrêté dans l'uretère a déterminé, à la longue, la perforation de ce canal et un épanchement d'urine, lequel a donné lieu à l'inflammation du péritoine, à l'adhérence des intestins entre eux, aux foyers purulens observés, à la transformation des liquides purulens en matière adipocireuse. »

§ 760. J'ai rapporté (§ 699) quelques autres exemples de ces perforations du bassinet, ou des calices distendus par le pus, dans la cavité du péritoine, cas où l'inflammation eut une marche tellement *aiguë*, que la mort eut lieu en quelques jours, et dans un cas même en moins de quarante-huit heures.

Il est inutile d'ajouter que ces péritonites, par infiltration urineuse et purulente, sont au-dessus des ressources de l'art. Seulement je rappellerai que, dans les cas de pyélite calculeuse, il se développe quelquefois, par contiguïté, dans le voisinage du rein malade, des péritonites partielles, beaucoup moins graves, dont on obtient ordinairement la guérison par les saignées générales et locales, par les applications narcotiques et émollientes, et par les autres moyens auxquels on a recours dans les inflammations ordinaires du péritoine. Un prompt soulagement obtenu de l'emploi de ces remèdes rend généralement le pronostic favorable. Cependant il ne faut pas se livrer immédiatement à une sécurité complète; car on a vu les malades exprimer un grand soulagement dans des cas où le pus n'avait encore fusé qu'en petite quantité dans la cavité du péritoine.

§ 761. *Fistules rénales-pulmonaires* (1).

Les cas de fistules rénales s'ouvrant dans le poumon sont très rares. Je n'en connais que quatre exemples.

Trois de ces cas ont eu lieu du côté gauche; le quatrième s'est formé à droite; mais il n'est pas rigoureusement démontré

(1) Un de mes élèves, M. le docteur J. Lenepveu, a traité de ces fistules dans sa thèse (*Considérations sur les fistules réno-pulmonaires*, in-4, Paris, 1840).

que ce soit un cas de fistule rénale pulmonaire. Tous ces cas se sont terminés par la mort. L'extrême rareté de semblables faits m'a engagé à les rapporter tous les quatre. Le quatrième offre surtout de l'intérêt à cause du côté du corps où l'altération a été observée.

Obs. VII. — Calculs vésicaux, et opération de la taille, il y a dix-huit ans, guérison ; onze ans après, douleurs à la région du rein gauche et urines purulentes ; disparition de ces accidens. Il y a sept mois, douleurs vives dans cette même région et s'étendant dans le trajet de l'uretère gauche ; urines fortement purulentes ; expectoration purulente, subite et abondante, survenue à deux reprises différentes et coïncidant avec une diminution marquée du pus dans l'urine ; mort. — Communication entre les bronches et le bassinet rempli par un calcul et par du pus.

Fleury (Alexandre), serrurier, âgé de 39 ans, fut admis à l'hôpital de la Charité, le 25 mai 1839. Cet homme est d'une faible constitution, pâle et lymphatique ; il souffrait depuis plusieurs années de la présence d'un calcul dans la vessie, lorsqu'il subit l'opération de la taille, qui fut pratiquée avec succès, en 1821, par Richerand, à l'hôpital Saint-Louis : deux pierres furent extraites par la méthode dite *latéralisée*. L'une d'elles présentait 32 millimètres cubes, et la seconde était moitié moins volumineuse. Après cette opération, Fleury a joui d'une très bonne santé pendant onze années consécutives. En 1832, il éprouva une douleur néphrétique à la région du rein gauche, et réclama de nouveau les soins du chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. La durée du traitement dirigé contre cette affection fut d'un mois et demi, durant lequel le malade prit chaque jour, et alternativement, des bains et des douches dirigées sur le point douloureux. Il fut mis à l'usage des boissons délayantes : les douleurs s'irradiaient suivant le trajet de l'uretère et jusqu'à la vessie. Il souffrait peu cependant dans ce dernier organe.

Après un mois de traitement, le malade rendit spontanément, en urinant, un troisième calcul qui présentait 12 millimètres de longueur sur 6 de largeur. A cette époque, les urines étaient troubles ; elles déposaient une matière blanche semblable à du pus.

Cet homme, étant très intelligent, a raconté avec clarté les détails qui précèdent et qui me paraissent dignes de confiance. Il sortit de l'hôpital, délivré une seconde fois de ses douleurs.

Fleury n'éprouva aucune indisposition depuis 1832 jusqu'à 1838. Au mois de novembre de cette année, les douleurs dans la région lombaire gauche ont reparu avec une grande intensité ; elles ont toujours persisté depuis sept mois, ne laissant au malade que de courts intervalles de repos, se prolongeant, lorsqu'elles étaient très fortes, suivant le trajet de l'uretère jusqu'à la vessie. Le malade a été sondé plusieurs fois au Dispensaire, sans que l'on ait trouvé d'indice de la présence d'un calcul vésical.

Depuis quinze jours, il souffrait plus que jamais dans le rein gauche ; l'impossibilité de travailler et l'intensité des douleurs l'avaient déterminé à entrer à l'hôpital de la Charité dans mon service.

Le cathétérisme répété de nouveau le jour de son admission, a fait connaître qu'il n'y avait point de calcul dans la vessie.

Le 26 mai, le malade est très affaibli par ses longues souffrances ; il est très maigre, d'une teinte jaune pâle. Le pouls, faible, bat 90 fois par minute ; la chaleur de la peau est presque naturelle, l'appétit bien conservé, la langue naturelle ; aucun symptôme morbide du côté des voies digestives et des organes de la respiration. La douleur est exactement limitée à la région lombaire gauche ; elle augmente par la pression et les mouvemens du tronc ; on ne reconnaît aucune tumeur appréciable au toucher, les urines sont acides et contiennent une proportion notable de pus qui forme un dépôt blanc et opaque de 6 à 8 millimètres d'épaisseur, dans un vase qui a lui-même 160 millimètres de hauteur ; la quantité des urines et la fréquence de leur émission n'offrent rien de remarquable *(Limonade ; eau de Contrexeville ; émulsion d'amandes, 5 hectogrammes ; cataplasme laudanisé sur le ventre ; bouillon, soupe, la demi-portion d'alimens).*

Le 28 mai, l'état général est le même ; il y a peu de réaction. La douleur persiste dans le côté gauche des lombes ; elle présente des crises qui sont très violentes et qui laissent une sen-

sation douloureuse pendant l'intervalle qui les sépare ; les envies d'uriner sont plus fréquentes; elles se répètent quatre à cinq fois par jour, et donnent un nombre égal de bocaux contenant 12 décagrammes d'urine; l'urine est trouble au moment de l'émission, et laisse déposer, après quelques instans de repos, une couche purulente comme les jours précédens.

L'auscultation et la percussion ne fournissent rien de particulier du côté du cœur. La sonorité et le bruit respiratoire sont naturels dans tous les points de la poitrine, si l'on excepte la partie inférieure et postérieure gauche du thorax, où le bruit respiratoire est moins pur et mêlé d'un léger râle sous-crépitant. Les voies digestives sont en bon état; les garde-robes naturelles *(Même prescription)*.

Le 30 mai, il est survenu du dévoiement; il y a eu quatre ou cinq garderobes liquides dans les vingt-quatre heures. Le malade est très pâle; la peau est chaude; le pouls donne 100 pulsations par minute ; les crises sont plus violentes et plus rapprochées; il n'y a que peu de rémission aux douleurs vives que le malade éprouve dans tout le côté gauche de l'abdomen ; la sensibilité à la pression est très vive ; la respiration un peu gênée, et la physionomie exprime la souffrance *(Limonade, émulsion, cataplasme laudanisé; bouillon, soupe)*.

Le 1er juin, Fleury a été très souffrant jusqu'à trois heures de l'après-midi ; il se plaint d'une grande gêne de la respiration ; il s'agite dans son lit, et depuis la veille il a toussé fréquemment ; à quatre heures il expectore une grande quantité de matières fétides qui n'ont point été conservées. Il a dans la nuit plusieurs garderobes liquides.

Le 2 au matin, il est très fatigué, privé qu'il est de sommeil depuis deux nuits. Le teint est plus jaune ; les joues sont creuses, tous les traits crispés; la langue est couverte d'un enduit blanchâtre, la soif vive, le pouls fréquent et très petit; tout le côté gauche de la poitrine est douloureux. Il repose sur le côté droit, et il ne peut faire aucun mouvement dans son lit. Le crachoir ne contient aucune matière.

Quelques instans après la visite, l'interne du service, M. Lenepveu, alla voir le malade qui expectora, sous ses yeux,

après une quinte de toux assez violente, 250 grammes environ de pus, liquide et séreux, semblable à celui qui s'écoule d'un abcès froid.

Il est important de noter que le malade n'avait présenté antérieurement aucun des signes rationnels de phthisie et que, à cet égard, l'examen stéthoscopique n'avait fourni jusque-là que des signes négatifs. L'auscultation nous fit découvrir, le 2 juin, un râle muqueux à grosses bulles et voisin du gargouillement dans toute la partie inférieure et postérieure du poumon gauche, jusqu'à l'angle inférieur du scapulum; des crachats purulens et colorés par une petite quantité de bile que les spasmes du diaphragme mêlaient à l'expectoration, furent expulsés à toutes les heures du jour; des flots de pus furent rendus à deux ou trois reprises, après des quintes violentes de toux, de manière à remplir deux crachoirs.

Le 3 juin, l'expectoration purulente continua, et un phénomène qui frappa tous les assistans, ce fut la disparition ou la diminution considérable du pus qui existait les jours précédens dans les urines. L'abdomen est ballonné et douloureux; la paroi antérieure même du thorax est sensible à la pression du côté gauche; la région épigastrique, distendue par des gaz, donne une résonnance tympanique dans une grande étendue. Le malade est obligé de garder la position assise dans son lit. La partie gauche du thorax est sensible à la pression. Le gargouillement et un souffle caverneux sont constatés à la base du poumon gauche seulement. Dans les autres points, la respiration et la sonorité sont tout-à-fait normales. La réunion de ces divers signes fait présumer et même prononcer qu'il y avait un abcès du rein qui s'était frayé une voie à travers le diaphragme, et dont le pus était expulsé par les bronches (*Emulsion; décoction blanche; un julep calmant; cataplasme laudanisé; bouillon, soupe*).

Le 4 juin, il y a eu peu d'amendement dans les divers symptômes; le malade a un peu reposé durant la nuit. L'expectoration continue, mais elle est moins abondante et plus visqueuse. La peau est un peu froide; le pouls est petit, fréquent; il s'élève à 110 pulsations par minute. Diarrhée; sécheresse et

fétidité de la bouche; respiration laborieuse. Le ventre est moins douloureux; le gargouillement et le souffle caverneux se font entendre dans la moitié inférieure du poumon gauche. Il n'y a qu'une couche légère de matière purulente dans les urines (*Décoction blanche*, 500 *grammes; émulsion; julep, bis; cataplasmes laudanisés; le huitième de la portion d'alimens*).

Le 5, le ventre est souple, la respiration et les mouvemens du tronc sont peu faciles; la douleur dans le flanc gauche a beaucoup diminué depuis l'évacuation du pus qui s'est manifestée le 2 juin.

Le 6, les crachats contiennent toujours du pus, mais ils ont changé d'aspect: ils sont devenus jaunes, épais et visqueux, au lieu d'être grisâtres et liquides, comme dans les premiers jours.

Le 7 juin, le malade a bien reposé durant la nuit; la toux est moins fréquente, la peau plus naturelle et le pouls plus développé; il y a toujours un dépôt purulent dans les urines et de la diarrhée. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes, et les bruits morbides limités au poumon gauche.

Jusqu'au 15 juin, l'état de Fleury reste à-peu-près stationnaire; il se plaint surtout de la sécheresse et de la fétidité de la bouche, et d'une soif vive. Les crachats et la toux diminuent; l'expectoration est jaunâtre, mêlée de pus, adhérente aux parois du vase et très fétide; les urines sont moins abondantes; elles contiennent une plus grande proportion du pus.

Le 15, le malade s'affaiblit beaucoup; il est constamment dans le décubitus dorsal; la fièvre est continue, la diarrhée plus abondante; il rend involontairement les fèces; il ne peut exécuter aucun mouvement; les dents et la langue se couvrent d'un enduit brunâtre; le pharynx est douloureux, la déglutition difficile et la voix presque éteinte (*Décoction blanche*, 500 *grammes; julep double; cataplasme laudanisé sur le ventre; diète*).

Le 16 juin, la douleur dans le flanc gauche est presque nulle, mais l'oppression est extrême; le malade ne peut se faire entendre; il est épuisé par une diarrhée abondante, la perte complète du sommeil et une fièvre continue.

Le 17, il y a recrudescence dans l'expectoration purulente;

le pus est rendu, comme la première fois, en grande quantité ; il est aussi grisâtre, séreux et très fétide ; les quintes de toux se succèdent rapidement, et chaque fois elles sont suivies de l'expulsion d'un flot de pus liquide.

Il est à présumer que, la poche d'où jaillissait le pus s'étant vidée une première fois, l'orifice qui la faisait communiquer avec une bronche, s'était oblitéré, et que la collection s'était reproduite, puisqu'elle s'était ouverte une seconde fois dans les tuyaux bronchiques. Il est naturel d'expliquer ainsi la succession de ces phénomènes, si l'on observe que nous avons vu deux fois le dépôt purulent formé dans les urines, diminuer lorsque l'expectoration était très abondante, et augmenter lorsque la proportion du pus évacué par les bronches, était moins grande.

Le 18, le malade est dans un état de faiblesse et d'épuisement extrême, il ne peut plus parler ni faire aucun mouvement ; les lèvres et les dents sont fuligineuses ; le pouls est à peine sensible et la peau froide. Il meurt à quatre heures du soir.

Autopsie du cadavre. — Abdomen. Il existe des adhérences anciennes et formées, à l'aide d'un tissu cellulaire dense et presque fibreux, qui unissent la face inférieure du diaphragme, la face postérieure de l'estomac, la rate et la partie supérieure du rein ; celui-ci adhère encore aux attaches du diaphragme, en arrière au carré lombaire et aux fibres supérieures du psoas ; de telle sorte qu'on ne peut l'isoler sans produire des déchirures musculaires. On n'aperçoit que la partie inférieure du rein cachée au sein de ces adhérences. Elle donne, au toucher, la sensation d'un calcul logé dans le bassinet très dilaté, et elle offre l'apparence d'une poche à parois minces, et formée par la membrane fibreuse et le bassinet dilaté, que remplissent le calcul et un liquide purulent.

Après l'ouverture de l'abdomen et du thorax, le rein, la rate, le diaphragme et l'estomac furent laissés en place, et, avant de déchirer les adhérences, on fit l'expérience suivante : une incision fut pratiquée à l'uretère gauche ; une sonde étant introduite dans cette ouverture, l'insufflation par l'uretère fit jaillir du pus par la bronche du même côté. Après avoir versé de

l'eau dans cette bronche, si on insuffle l'uretère, on voit bouillonner le liquide qui est ainsi chassé de la bronche.

Tous les organes adhérens, le rein, l'estomac, la rate, le diaphragme, le carré lombaire, une partie du psoas, et même deux côtes, étant enlevés d'une seule pièce pour rechercher le point précis de communication entre la poche rénale et le poumon, on fend la partie supérieure de l'uretère, qui était dilaté, épaissi et noirâtre à l'intérieur. Le bassinet, également dilaté, à parois denses et résistantes, est rempli par un calcul rugueux et inégal à sa surface, qui envoie des prolongemens dans tous les calices. Il faut débrider l'orifice de ces calices pour en extraire le calcul, dont les branches, égales au nombre des calices, se terminent en forme de petites massues. Les mamelons et la substance corticale sont presque entièrement atrophiés, de telle sorte que l'enveloppe fibreuse, qui forme une coque assez épaisse, est en contact avec le pus et les prolongemens des calculs qui s'irradient jusqu'à la périphérie de l'organe. Les débris de la substance rénale, qui subsistent au milieu de cette désorganisation, et la membrane du bassinet qui les recouvre, offre la teinte noire ardoisée des inflammations chroniques. Au sommet du rein et à l'extrémité d'un calice aussi dilaté, on trouve une petite perforation à bords lisses et arrondis, de six millimètres de diamètre; elle fait communiquer la cavité du bassinet et des calices avec une petite excavation sous-diaphragmatique, qui communique elle-même avec le poumon par une perforation du diaphragme de six à huit millimètres au plus : celle-ci existe à l'extrémité de la branche gauche de l'aponévrose centrale du muscle. Avant d'avoir incisé ces parties, on pouvait, pour mettre à nu les orifices de communication, faire passer une sonde d'enfant du bassinet dans une bronche qui s'ouvre dans l'excavation pulmonaire, et réciproquement. Autour du conduit fistuleux, le tissu pulmonaire du lobe inférieur présente de l'induration et de l'engouement dans une assez grande étendue; les lobes moyen et supérieur sont aussi un peu infiltrés de sérosité ; mais ils crépitent dans un grand nombre de points, et ils ne présentent que quelques noyaux tuberculeux fort peu avancés et non ra-

mollis; les feuillets de la plèvre gauche sont injectés et rugueux à leur surface; la plèvre et le poumon du côté droit sont dans un état parfait d'intégrité; il n'y a d'épanchement dans aucune des cavités de la poitrine.

Le péritoine est épaissi et blanchâtre dans les points qui circonscrivent les adhérences; celles-ci ont limité les collections de manière à prévenir tout épanchement pleurétique ou abdominal. Le muscle psoas est creusé d'une cavité doublée d'une fausse membrane et remplie de pus, qui communique avec un foyer formé dans le tissu cellulaire extra-rénal, et indépendant des collections qui existent dans le rein lui-même et dans le poumon. L'uretère est dilaté et adhère au psoas; il a le volume du doigt indicateur jusqu'à son embouchure dans la vessie.

Le rein droit présente une dépression profonde à la partie moyenne de son bord convexe; il existe une tache d'un blanc jaunâtre et des traces de cicatrices au fond de cette dépression; le tissu est induré dans le pourtour de ces lésions, et l'on reconnaît les vestiges d'une ancienne inflammation; il n'existe aucune trace d'une affection plus récente dans la substance rénale.

On peut inférer, des lésions observées sur ces deux organes, que toute l'urine excrétée par le malade venait du rein droit, tandis que le pus était fourni en totalité par le rein gauche. Elles nous ont prouvé que le rein gauche ne contribuait en aucune manière à la sécrétion urinaire; elles nous expliquent encore pourquoi nous avons cherché vainement au microscope, et à l'aide des réactifs, à constater la présence de cristaux d'acide urique, ou de quelques autres élémens de l'urine dans les matières expectorées.

Le bassinet et l'uretère sont un peu dilatés à droite comme à gauche; la membrane interne de ces conduits est légèrement injectée.

La vessie offre, pour toute altération, une injection d'un brun noirâtre; on a peine à reconnaître les traces de l'opération de la taille qui a été pratiquée sur cet organe il y a dix-huit ans. La prostate et le canal de l'urèthre sont sains.

Le cœur et le cerveau ne présentent rien à noter. Le tube digestif est sain ; toutefois on remarque une injection assez vive à ses deux extrémités, au pharynx et au commencement de l'œsophage, et au gros intestin : il y avait eu, durant la vie, des symptômes inflammatoires limités à ces portions du tube digestif.

§ 762. Déjà de Haen avait rapporté un fait non moins curieux.

Obs. VIII. — Depuis l'âge de 12 ans, tumeur au côté gauche sous les fausses côtes ; accès fébriles à diverses reprises ; dépôt purulent dans l'urine ; disparition et réapparition alternatives de ce dépôt, et d'une fièvre hectique pendant l'espace de six ans. — Mort après une dyspnée extrême et une expectoration ichoreuse et fétide. — Destruction presque complète du lobe inférieur et d'une partie du lobe supérieur du poumon gauche ; grande caverne, contenant du pus à la base de ce poumon ; perforation du diaphragme et communication de cette caverne avec le bassinet distendu (De Haen. *Ratio medendi*, in-12. Parisiis, 1778, vol. 3, p. 103, cap. 1, de calculo).

« Juvenis variolas mobillosque, ut refert, numquam passus, anno ætatis 12, febre primum tertiana, postmodum quartana laboravit ; febre autem liber, tumorem se habere animadvertit in latere lævo dorsi, mox infra spurias costas, eumque perpetuum. Per idem tempus perpetuo vexatus fuit ulcusculis oris interni, gutturisque. Hæc tamen non impediverunt quin anni 1766 examen subiret, et 4 aprilis laurea Apollinea condecoraretur.

Anno 1768, adventante vere, quotidiana eum febris cum obtuso lumbi sinistri dolore prehendit : excepit hanc continua 7 dierum, cum violento lumborum dolore, methodo antiphlogisticæ cedens.

Porro, sub hujus febris finem tenax, fœtida, ac pellucens fere, et fundo matulæ affixa materies adparuit, si multas horas urina in matula quievisset. In nocturna autem urina duntaxat, nunquam in diurna, dudum licet reposita, observabatur hæc materies. Apyrexiam duodecim dierum continua excepit quinque dierum febris ; hancque hectica, cum enormibus nocte sudo-

ribus. Cum res ipsi angusta domi esset, in nosocomium eum recepi 10 aprilis 1768. Post 11 dies pus cum urina prodire cœpit, continuavitque; a quo tempore hectica febris imminuta, et tandem 20 maii sic ablata est, ut pauco cum dolore, tum pondere lumborum, nosocomio valedixerit. Nitrosa paregorica emulsa, enemata oleosa, lenia nonnunquam eccoprotica, et totius althææ cum addito syrupo violarum decocta, unice ferre potuit, unice profuere.

Eadem æstate ad physicatum in Carinthiam profectus, tantam opem a motu corporis, atque a necessariis ad dissita loca itineribus se tulisse testabatur, ut omnis doloris sæpe expers fuerit. Interea duxit uxorem, fortunamque Viennæ, quam in Carinthia, majorem sperans, huc appulit, altum 102 graduum domicilium incoluit, quos gradus sæpius, diuturnioreque tempore singulis diebus conscendens, demum domi manere, et anno 1772, mense martio febre continua laborare cepit. Plusquam fraternam opem et amorem illi tunc contulit egregius medicus et magnificus archiater Stuntzer, quocum sæpius deinde ægrum vidi. Defuerat ab aliquo tempore purulenta urina. Eo tempore magna pectoris observata inflammatio, anxietasque est. Quæ sensim imminuta, quando aprili mense in singula eaque abundantissima urina pus confertim prodiit, primo leviter, paulatim vero tam horrende fœtens, ut abjicienda urina protinus fuerit.

Tandem et pus tussi prodiit, idque tenue, saniosum, aliquando ichorosum, fuscum, sæpe lividum, fœtore intolerabili, cum anxietate inexplicabili, febre hectica, marcore, insomniis, impotentia motus ullius, nec respirandi facultate concessa, nisi in lecto super transversum asserem, pulvinari tectum, corpus pronaret. Ineunte maio mense obiit. Sequenti die anatomen fecimus..... Lobus pulmonis sinistri inferior consumptus fere, una cum lobi superioris interiore portione, sic ut totum hoc cavum repletum esset pure, inter lobi reliquias paucas locato... Ren sinister monstrosæ molis, excavatus penitus, ut vix quid ejus parenchymatis superesset.

Notandum hic est magnum diaphragmatis foramen, quod a renis pure, renem mole sua diaphragmati hoc in loco conti-

guum, cum eodem primum connectente, deinde, consumpto rene, et diaphragma sensim exedente, pulmonem tandem consumente, factum est. Ita ut ren cum pulmone unicum saccum sine ullo intermedio sepimento formaret.

Ureter pure copioso, in vesicam sæpe non influente, in formam intestinalem conversus.

Ureteris ejusdem capacitas naturalis vesicam ingressuri.

Obs. IX. — Chute de cheval sur le côté gauche, suivie de douleur fixe aiguë, dans ce même côté; plus tard, toux et expectoration. Douze ans après, douleurs atroces au côté gauche, expectoration du pus sanguinolent et grumeleux; fièvre hectique; mort.—Rein gauche transformé, en poche purulente, contenant des hydatides; abcès sous-diaphragmatique, communiquant, par une perforation du diaphragme, avec une cavité située à la base du poumon gauche.— (Othmar Heer. *De renum morbis*, in-4, Halæ, 1790, p. 27) (Cas communiqué par P.-F. Meckel).

Vir quidam ab equo in terram duram, in latus sinistrum delapsus, dolore fixo, acuto, aliquot postea dies sensu ponderis lateris affecti, et post aliquot tempus tussi, cum expectoratione corripiebatur, nec tamen viribus multum exhaustus, sat facile negotia sua tum equo, tum pedibus per duodecim annos curabat: postea vero febri hectica, atrocissimisque doloribus lateris sinistri correptus, aucta expectoratione, pus sanguinolentum, grumosum, pulmones resolutos referens expuens, tabe confectus, tandem moritur.

Sectione instituta, inveniebatur ren sinister magnitudine capitis infantis, arctissime cum diaphragmate, et pulmones cum pleura cohærentes, ita ut omnia viscera abdominalia, exceptis intestinis, simul cum diaphragmate, pulmone, et corde exscindenda fuerint; loco renis sinistri inveniebatur saccus miræ magnitudinis, membrana crassa confectus, magnam copiam puris albidi, crassi continens, pelvis, ureterque incrassatus, augustatus; exactiori examine inveniebatur in superficie posteriori, et regione inferiori pulmonis sinistri ruptura, per cujus aperturam digitus immissus, ad marginem anteriorem alæ inferioris pulmonis sinistri, in cavitatem magnam ibidem hærentem, liberrime protrudebatur; ex hujus

cavitatis fundo, per aperturam circularem in aliam secundam cavitatem ducebatur, quæ in diaphragmate, inter ejus substantiam, super apicem superiorem renis tam enormiter degenerati inveniebatur, supraque capsulam suprarenalem sinistram, et in toto ambitu partis sinistræ diaphragmatis extendebatur; ren ipse in saccum enormem, uti jam diximus, degeneratus, superiori majori, et inferiori minori cavo gaudebat, quæ tamen nec inter se, nec cum illa in diaphragmate communicabant; in omnibus his quatuor descriptis cavitatibus, pus copiosissimum, crassum, albidum hydatidibus intermixtum, plane illi simile contentum erat, quod sputo rejiciebatur.

A l'occasion de cette observation, Othmar Heer fait la remarque suivante : Inaudita fere hæc destructio, certissime effectus inflammationis harum partium post lapsum ex equo ortæ erat, facileque ex hac explicatur : nec tamen mente fere concipi potest, quomodo per duodecim annos æger vitam sat bonam trahere potuit.

Obs. X. — Douleur dans la région lombaire droite; toux et douleur au côté droit de la poitrine; gargouillement à la base du poumon droit; expectoration purulente; mort. — Rein droit, transformé en poche purulente, adhérent au diaphragme et aux parties voisines; adhérence du poumon droit au diaphragme; perforation de ce muscle (Sposer. *Abcès du rein qui s'est frayé un chemin par le foie et le poumon.* Gazette méd. de Paris, 1840, pag. 509).

Pierre Bary, âgé de 19 ans, tailleur, fut pris, sans cause connue, d'une douleur dans la région lombaire droite accompagnée de frissons, suivis de chaleur.

Le 13 février (quinzième jour de la maladie), il entra à l'hôpital dans l'état suivant : toux sèche, anorexie, chaleur, soif; langue couverte d'un enduit jaune, sèche à la pointe; peau pâle, chaude et sèche; pouls, 90, un peu tendu; selles normales; urine brûlante, brune. Le malade en se couchant sur le dos éprouve le sentiment d'une tension et d'une pression désagréable; en se mettant sur le côté droit, il se plaint d'une douleur obtuse dans l'hypocondre droit, et la toux devient plus fréquente. Le médecin, croyant avoir affaire à un état

rhumatismal, suivi d'une fièvre catarrhale gastrique, prescrivit une potion nitrée avec du tartre stibié.

Le 15 et le 16, toux plus fréquente; pouls, 100.

Le 17, douleur très vive, en inspirant, vers l'angle inférieur de l'omoplate droite (*huit ventouses*, loc. dol.; *nitre dans une décoction de guimauve; 5 centigrammes de calomel trois fois par jour; cataplasme narcotique et émollient*).

Le 18, fièvre continue, douleur plus forte dans l'hypochondre et la région lombaire droite. L'application d'un vésicatoire fut suivie d'une légère amélioration; la douleur était moins vive, l'expectoration plus facile, et la toux moins fréquente; la fièvre continua; la peau était brûlante, sèche; l'urine rare. Le malade, en toussant un peu fortement ou en inspirant profondément, fit entendre un gargouillement qui s'étendait depuis l'angle supérieur de l'omoplate droite jusqu'à l'hypochondre du même côté. Une hydropisie générale qui se déclara, fit des progrès très rapides.

Le 27, Bary expectora, dans de courts intervalles, après quelques quintes de toux violente, à-peu-près un kilogramme et demi de véritable pus épais, d'un gris verdâtre. Immédiatement après, il eut une transpiration générale très copieuse.

Le 28 et le 29, toux plus rare, expectoration purulente facile, fièvre lente, sueurs colliquatives, diminution notable de l'œdème de la figure et des pieds; pouls plus tendu, dur, 105; langue rouge. Toute autre position que sur le côté gauche provoquait la toux et la douleur au côté. Après l'emploi de la crême de tartre soluble (210 grammes), d'oximel scillitique (15 grammes), dans une décoction de guimauve (210 grammes), l'œdème des extrémités disparut complètement, le bas-ventre s'affaissa et devint plus mou; pourtant l'urine n'était pas plus copieuse.

Du 1er au 3 mars, toux toujours plus rare, sans expectoration; respiration plus brève, difficile; gargouillement très prononcé dans l'endroit indiqué ci-dessus; pouls plus petit et plus fréquent; constipation; urine tout-à-fait nulle; face livide, extrémités des doigts bleues.

Mort dans la nuit du 4.

Autopsie, faite trente heures après la mort :

Plèvres, cœur, péricarde, poumon gauche, lobe supérieur du poumon droit à l'état normal; lobe inférieur du poumon droit adhérent à la plèvre costale, aux muscles intercostaux vers le dos, et au diaphragme. En voulant détacher ce dernier, on fit une déchirure qui laissa échapper un peu de pus ; 60 à 90 grammes de sérosité se trouvaient dans la poitrine. En ouvrant le bas-ventre pour soulever la partie du diaphragme adhérente au poumon, on vit que le lobe droit du foie adhérait aussi intimement à la face inférieure du muscle, et plus bas au colon transverse, et se continuait à l'aide d'exsudations plastiques le long du colon ascendant jusqu'au rein, avec lequel il ne formait qu'un tout non interrompu. Le rein droit, pour ainsi dire enveloppé dans une masse gélatineuse, adhérait à la colonne vertébrale et aux côtes, au moyen d'une substance charnue, et représentait en quelque sorte une vessie membraneuse du volume d'un fortpoing; ce sac était rempli d'un pus bien lié, jaune, et ce n'est que vers la partie du côté des vertèbres qu'on reconnaissait encore quelques vestiges de la substance corticale. Le rein gauche, le lobe gauche du foie, la vésicule peu remplie de bile, le pancréas, la rate, les intestins, à l'exception du colon transverse et ascendant, étaient à l'état normal. 240 à 300 grammes de sérosité se trouvaient dans le bas-ventre.

Il est évident, dit l'auteur, que cette maladie a commencé par une inflammation du rein droit, qui a été méconnue ; de là une suppuration qui s'est propagée le long du colon ascendant jusqu'au foie, et s'est frayé un passage à travers le diaphragme jusqu'au lobe inférieur du poumon droit. Le pus a donc remonté, contre toutes les lois de la physique, jusque dans les bronches, d'où il a été rendu par l'expectoration.

Hémorrhagies rénales.

§ 763. Quoique les pathologistes aient souvent confondu dans une description générale, sous le nom d'*hématurie*, tous les cas d'urine sanguinolente ou toutes les émissions de

sang par les voies urinaires, j'ai cru devoir agir autrement et séparer nettement les *hémorrhagies rénales* des hémorrhagies provenant des uretères et de la vessie.

Les conditions dans lesquelles une quantité de sang, plus ou moins considérable, se mélange avec l'urine au moment où elle se forme dans les reins, ou après qu'elle est versée dans les bassinets, sont si nombreuses, si variées et si différentes dans leur origine et leur terminaison, que non-seulement j'ai cru nécessaire de faire tous mes efforts pour distinguer les hémorrhagies rénales des affections des uretères et de la vessie qui peuvent être accompagnées d'hématurie, mais encore d'établir plusieurs divisions dans les hématuries rénales dont j'ai formé trois groupes distincts :

1° Hémorrhagies rénales symptomatiques des lésions des reins;

2° Hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales;

3° Hémorrhagies rénales essentielles.

Les hémorrhagies comprises dans chacune de ces séries, sont tellement distinctes les unes des autres, que, si j'eusse essayé de faire, dans une même description, un exposé de leurs causes, de leur marche, de leurs symptômes, de leur terminaison, de leur traitement, je serais inévitablement arrivé à un aperçu vague et de peu de valeur pratique.

Je décrirai d'abord les lésions que le sang infiltré ou épanché dans le rein, dans les calices et le bassinet, détermine dans ces organes; j'exposerai ensuite les caractères à l'aide desquels on constate la présence du sang ou de ses élémens organiques dans l'urine; enfin, j'indiquerai les accidens que le sang liquide ou coagulé peut déterminer dans les uretères et la vessie, ou les *symptômes communs* à toutes les hémorrhagies rénales, quelle qu'en soit l'origine; viendra ensuite la description des trois séries d'hémorrhagies rénales indiquées plus haut.

§ 764. *Caractères anatomiques*. Le sang peut s'épancher à l'extérieur de la capsule des reins, à leur surface, dans leurs substances ou dans l'intérieur du bassinet et des calices; il peut s'accumuler dans ces conduits, ou être rejeté au dehors avec l'urine.

1° Les cas dans lesquels le sang s'épanche à l'extérieur des reins sont assez rares; le plus souvent ces hémorrhagies sont produites par une violence extérieure, par une chute, par une contusion ou par un instrument piquant.

Dans quelques cas de périnéphrite, on a trouvé le pus qui avoisinait le rein, rouge ou rougeâtre, et mélangé d'une grande quantité de sang.

Dans ces hémorrhagies *extra-rénales*, la quantité de sang épanché est quelquefois très considérable et fait tumeur dans la région des reins, dans les lombes et dans le flanc; souvent cependant on a méconnu pendant la vie ces épanchemens sanguins lorsqu'ils étaient peu considérables, et, dans d'autres cas, lorsqu'on n'a pas eu recours à la percussion. Le sang, ordinairement épanché derrière le péritoine, peut être en quantité assez considérable pour déplacer la portion correspondante du gros intestin; d'autres fois il s'infiltre dans le tissu cellulaire environnant et dans les plis du péritoine, d'autres fois enfin, il s'épanche en même temps dans la cavité péritonéale. C'est presque toujours par suite d'une plaie ou d'une déchirure du rein et surtout des gros vaisseaux rénaux, que s'opèrent de telles hémorrhagies.

2° Parfois le sang s'extravase entre la surface du rein et sa capsule fibreuse. Cet état a lieu ordinairement dans les maladies de la substance même des reins, et surtout dans le cas de forte congestion sanguine de ces organes; en général, la quantité de sang épanché est peu considérable (ATLAS. Pl. XXXIII, fig. 1).

3° Le sang, en s'infiltrant ou en s'épanchant dans la substance même des reins, peut donner lieu à plusieurs apparences, à des pétéchies, à des ecchymoses, et à des dépôts de sang plus ou moins considérables.

On observe des pétéchies dans les membranes extérieures des reins, à la surface, dans les substances corticale et tubuleuse, et dans l'épaisseur de la membrane muqueuse du bassinet et des calices (ATLAS. Pl. XXXIII, fig. 4). Ces pétéchies se forment surtout dans certaines fièvres éruptives malignes, dans la variole et la scarlatine hémorrhagiques, dans certaines fièvres

typhoïdes, dans le purpura, dans le scorbut, etc. Il ne faut pas confondre avec ces pétéchies un piqueté rouge qu'on observe quelquefois à la surface des reins dans la première période de la néphrite simple et surtout de la néphrite albumineuse; enfin il est impossible de les confondre avec les glandules de Malpighi, qui dans certaines affections rénales donnent à la coupe de la substance corticale un aspect piqueté, particulier, ni enfin avec le gros piqueté rouge inflammatoire qu'on rencontre si souvent à la surface interne du bassinet dans la pyélite aiguë.

On voit, mais rarement, une sorte de néphrite pétéchiale (Atlas. Pl. xxxiv, fig. 7 et 8), dans laquelle de petits dépôts de pus sont, au lieu d'être cernés par le tissu du rein injecté, comme cela a lieu habituellement, entourés de véritables épanchemens sanguins disposés en auréole.

Des *ecchymoses* peuvent être rencontrées dans la substance corticale, dans la substance tubuleuse et dans le bassinet.

Les traces de leur existence antérieure sont souvent indiquées par des taches ardoisées plus ou moins profondes. Ces taches sont plus communes dans la substance corticale que dans la substance tubuleuse, où les ecchymoses se forment aussi plus rarement.

On observe aussi des infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire de la fissure du rein et du bassinet (Atlas. Pl. xxxiii, fig. 5 et 8; Pl. xxxiv, fig. 3).

L'hémorrhagie des reins se montre quelquefois sous une forme très remarquable : c'est une sorte d'*apoplexie rénale*. A la surface extérieure du rein affecté, on aperçoit des éminences noueuses, irrégulières et bosselées; les unes d'un noir foncé, les autres d'une couleur chamois, plus ou moins pure ou bigarrée de parties noires : toutes ou presque toutes ces éminences sont entourées par des lignes d'un brun foncé. A la loupe, la substance du rein paraît envahie et gonflée par du sang noir; son tissu est grenu : nulle part on n'aperçoit de caillots sanguins ni de lacunes résultant de l'absorption du liquide. Le sang est infiltré et combiné intimement avec la substance rénale (Atlas. Pl. xxxiv, fig. 1 et 2).

Le sang ainsi infiltré dans le rein prend plus tard un aspect jaunâtre, analogue à celui des dépôts fibrineux qu'on rencontre dans la rate. Cette altération jaunâtre, qui siège principalement dans la substance corticale, est alors entourée par une ligne rouge irrégulière. Dans quelques endroits on trouve de petits îlots jaunâtres isolés des masses principales. On ne peut exprimer le pus de ces masses; l'humeur qu'on obtient par la pression, offre le plus souvent, au microscope, une foule de petits globules sanguins, mais point de globules purulens.

4° Du sang peut s'épancher dans la cavité des calices et du bassinet, et être ou non rejeté au-dehors avec l'urine. Cette hémorrhagie arrive par suite de violences extérieures, des contusions, de l'équitation, ou par suite des maladies des reins ou du bassinet, dans le cancer, dans la pyélite hémorrhagique, ou dans les pyélites calculeuses, par exemple. D'autres fois, cette hémorrhagie survient sans qu'il existe aucun corps étranger dans l'intérieur des conduits de l'urine, et sans que la substance du rein en paraisse altérée. Chez un colon atteint de l'hématurie endémique de l'Ile-de-France, et mort d'une phlébite, j'ai trouvé les reins, à l'autopsie, parfaitement sains; en pressant les mamelons de la substance tubuleuse, on pouvait en exprimer un liquide sanguinolent semblable à celui qu'il avait rendu pendant la vie.

Lorsque le sang s'amasse dans les bassinets ou les calices, presque toujours un obstacle mécanique ou un corps étranger (calculs, acéphalocystes, etc.) s'est opposé à l'écoulement du sang par l'uretère; mais il y a des cas rares où le rein a été trouvé ainsi distendu sans que ces conduits eussent été obstrués autrement que par des caillots de sang. La distension produite par cette accumulation de sang dans le bassinet peut devenir considérable si elle s'opère lentement et graduellement. Parfois le sang est mêlé à une quantité considérable de sérosité; d'autres fois il est pur et le plus souvent coagulé; d'autres fois il est considérablement altéré, et semblable, pour la couleur, à du marc de café; parfois il est mélangé de matières puriformes, de détritus de dégénérescences diverses, d'acéphalocystes, de calculs, etc. Dans ces cas, la substance

rénale peut être réduite à une poche membraneuse, ou être notablement altérée et enflammée. Le bassinet et une partie ou la totalité de l'uretère peuvent être également déformés et plus ou moins altérés.

§ 765. *Symptômes.* — L'urine peut être plus ou moins chargée de sang dans plusieurs maladies des reins, des uretères, de la vessie, de la prostate et de l'urèthre (*hématuries symptomatiques*). Pendant le cours de quelques maladies générales, une certaine quantité de sang peut exister, mélangée avec l'urine. Enfin, il est un certain nombre d'hématuries qui ne peuvent être rattachées à une lésion de l'appareil urinaire ni à une maladie déterminée, et que l'on désigne sous le nom d'*hématuries essentielles*.

J'ai déjà exposé avec détail les caractères physiques et chimiques à l'aide desquels on peut constater la présence du sang ou de ses élémens organiques (albumine, fibrine, globules sanguins) dans l'urine (§ 203); j'ai indiqué comment, à la simple inspection microscopique, on pouvait distinguer les urines d'apparence sanguinolente, des urines qui contiennent réellement du sang ou des globules sanguins.

L'urine sanguinolente se coagule par la chaleur et précipite par l'acide nitrique, et elle offre au microscope des globules sanguins, c'est-à-dire des globules d'un 120e de millimètre environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, se dissolvant immédiatement dans l'acide acétique, insolubles dans l'eau et dans l'acide nitrique. Au bout d'un certain temps, ces globules deviennent irréguliers dans l'urine, et quelquefois s'y décolorent.

L'urine peut être plus ou moins chargée de sang. On a vu des cas dans lesquels les malades semblaient uriner du sang presque pur, des caillots fibrineux considérables se formant dans le fond du vase qui avait servi à recevoir le liquide. Toutefois de véritables *pissemens de sang pur* ou presque pur ne sont ordinairement observés chez l'homme que dans le cas de plaie ou de déchirure de l'urèthre. Lorsque le sang provient des reins, les malades rendent plus ordinairement des caillots de sang et de l'urine sanguinolente qu'un liquide ayant les ca-

ractères physiques du sang. Dans les hématuries rénales abondantes, le sang se coagule le plus souvent dans son trajet, soit dans la cavité des uretères, soit dans la vessie. Cette coagulation s'opère de manière qu'un grand nombre de globules sanguins restent enchevêtrés dans les caillots fibrineux, qui, lorsqu'ils sont expulsés au-dehors, sont plus souvent noirâtres que décolorés.

Il peut arriver, au contraire, que l'urine contienne si peu de fibrine et un si petit nombre de globules sanguins, qu'elle offre à peine une teinte rose-pâle au moment de l'émission, et qu'on n'aperçoive pas, dans le sédiment, de petits caillots fibrineux. A la vérité, de telles urines ne sont jamais parfaitement transparentes comme l'urine saine, mais quelquefois elles offrent une teinte rosée si douteuse, qu'on ne pourrait affirmer qu'elles contiennent une certaine quantité de sang, ou au moins de ses principaux élémens, si l'inspection microscopique ne démontrait dans ces urines un certain nombre de globules sanguins. Si on remplit un tube long de 5 à 6 pouces et de 10 lignes de diamètre avec ces urines, le petit nombre de globules sanguins qu'elles contiennent, se précipitent au fond du tube, où ils forment un dépôt rougeâtre qui surmonte les autres élémens du sédiment, et notamment le pus, lorsqu'il en existe. Dans ces urines, toujours plus ou moins chargées d'albumine, quelquefois il n'y a pas de traces de fibrine coagulée; d'autres fois on y aperçoit, à l'œil nu, et mieux à l'inspection microscopique, des filamens d'apparence fibrineuse. Ces urines, qui sont si peu chargées de sang que leur couleur n'en indique pas la présence, sont ordinairement rendues, soit à la fin des hématuries, soit dans le cours de la néphrite albumineuse, soit dans la dernière période des diverses espèces d'hématuries, lorsqu'elles se terminent d'une manière favorable. Entre ces deux états extrêmes (urine extrêmement chargée de sang et urine qui en contient à peine), il y a une foule d'états intermédiaires qui peuvent se présenter non-seulement dans l'espace de plusieurs jours pendant le cours d'une hématurie, mais encore dans les diverses émissions d'urine d'une même journée. A cette occasion, je crois devoir faire remarquer qu'on ne peut juger rigoureuse-

ment de l'abondance du sang rendu journellement dans une hémorrhagie rénale, sur la simple inspection d'une ou deux émissions d'urine. J'ai vu des cas dans lesquels l'urine, alors qu'un énorme caillot était contenu dans la vessie, paraissait peu chargée de sang. Il peut même arriver, dans une hémorrhagie rénale, que l'urine reprenne brusquement une couleur naturelle, si l'uretère du rein, d'où provient l'hémorrhagie, vient à être obstrué par un caillot fibrineux, par un calcul ou par tout autre corps étranger, le rein du côté opposé fournissant seul l'urine qu'on examine.

Quelle que soit la cause qui ait donné lieu à une hémorrhagie rénale, il n'est pas toujours possible de se rendre compte des différences qu'on observe dans la quantité de sang rendu dans un même jour ou dans plusieurs jours successifs. Toutefois, en examinant comparativement, pendant un certain temps, toutes les émissions d'urine qui avaient eu lieu dans les vingt-quatre heures chez des individus atteints de pyélite calculeuse ou du cancer du rein, j'ai remarqué plusieurs fois que l'urine rendue trois heures après le repas était ordinairement plus chargée de sang.

Il est aussi très difficile de prévoir la durée d'une hémorrhagie rénale. Si l'hématurie s'arrête quelquefois au bout de deux ou trois jours, dans la pyélite calculeuse, et quelquefois au bout de quelques heures dans la colique néphrétique, je l'ai vue, dans d'autres circonstances, persister pendant des mois entiers. Dans le cancer du rein, l'hémorrhagie rénale peut être habituelle ou se montrer presque insensiblement et à de longs intervalles. Dans le cancer hématode, elle est plus habituelle que dans toute autre espèce de cancer. Les hémorrhagies rénales *critiques* n'ont quelquefois que plusieurs heures ou quelques jours de durée. Les hémorrhagies rénales *périodiques* supplémentaires peuvent avoir une marche plus ou moins longue, suivant qu'elles sont combattues par l'art ou abandonnées à la nature. Il en est qui se répètent tous les mois à période fixe, comme la menstruation chez les femmes.

Dans les hémorrhagies rénales *symptomatiques*, c'est moins

l'hémorrhagie, que la maladie dont elle est la suite ou la conséquence, qui doit fixer l'attention des pathologistes. Cependant j'ai vu des cas de cancer du rein, avec hématurie, dans lesquels les hémorrhagies avaient été si abondantes et si répétées, que la mort n'avait pas tardé à être la conséquence de l'anémie et de la prostration de forces qu'elles avaient entraînées. Je rapporterai un cas d'hémorrhagie rénale *essentielle* (Obs. II), qui s'est terminé par la mort, évidemment par le seul fait de la déperdition trop abondante du sang.

L'anémie et l'affaiblissement progressif ne sont pas les seuls accidens qui peuvent résulter des hémorrhagies rénales. Si l'hémorrhagie a débuté, avec violence, ou si plus tard elle est devenue tout-à-coup très abondante, le sang coagulé peut obstruer les conduits excréteurs de l'urine et se faire difficilement jour au dehors. J'ai rapporté ailleurs le cas fort curieux d'un homme chez lequel, à la suite de l'obstruction du goulot de l'uretère par du sang coagulé, le bassinet et les calices se dilatèrent progressivement au point de former une considérable dans le flanc (voyez : tom. I, pag. 280, Obs. VI).

On peut lire dans les auteurs un assez grand nombre de cas d'hématurie dans lesquels des caillots fibrineux (en obstruant momentanément l'uretère) ont donné lieu à des douleurs analogues aux coliques néphrétiques, à une vive anxiété, parfois avec refroidissement des mains, et plus tard, si l'obstruction se prolonge, à la distention de l'uretère, du bassinet et des calices. On connaît plusieurs exemples dans lesquels de semblables concrétions ayant la forme d'un ver lombrique ou d'un strongle, ont été expulsées au dehors après avoir occasioné de vives douleurs dans le trajet de l'uretère à la vessie ou en traversant l'urèthre (*mictus cruentus vermiformis*, Winter). On a vu, dit-on, l'urine creuser dans leur partie moyenne ces concrétions, qui, devenues tubuleuses, ont permis le passage de l'urine. Enfin le sang provenant des reins versé abondamment dans la vessie y occasionne divers accidens; les malades éprouvent souvent de fréquens besoins d'uriner; ils ne peuvent rendre l'urine que goutte à goutte et avec difficulté, et parfois même l'émission de l'urine est complètement impossible.

En de tels cas, la vessie distendue forme quelquefois au-dessus du pubis une saillie appréciable à la percussion; d'autres fois, la vessie contient très peu d'urine et en est remplie en grande partie par des caillots de sang dont il faut opérer ou favoriser l'expulsion en les divisant avec la sonde ou en pratiquant des injections.

Après cet aperçu sur les hémorrhagies rénales, sur les caractères physiques et chimiques de l'urine plus ou moins chargée de sang, et sur les accidens que peut occasioner ce liquide lorsqu'il vient à se coaguler dans le bassinet, dans l'uretère, dans la vessie ou dans le canal de l'urèthre, je crois devoir faire quelques observations sur les circonstances qui autorisent à penser que, dans une hématurie, le sang provient des reins et non des uretères, de la vessie, de la prostate ou de l'urèthre. Je décrirai ensuite les principales espèces d'hémorrhagies rénales.

Dans les hémorrhagies rénales, les malades éprouvent ordinairement, dans un côté des lombes, ou dans les deux côtés, une sentiment de pesanteur ou une douleur plus ou moins vive, surtout à la pression; mais ce symptôme peut manquer, surtout dans les cas d'hémorrhagies rénales essentielles, ou d'hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales.

D'autres circonstances peuvent faire soupçonner que l'hématurie provient des reins, savoir : une lésion matérielle évidente de ces organes, ou une affection générale dans laquelle on observe fréquemment des hémorrhagies rénales, ou bien encore l'absence de toute lésion des organes excréteurs de l'urine.

Je ne connais que peu de cas dans lesquels le sang puisse provenir des uretères; les seuls que j'aie observés étaient des cas d'urétérite calculeuse (voy. : MALADIES DES URETÈRES); et dans deux cas où les pertes de sang furent très nombreuses et très abondantes, il y avait dans l'intérieur des uretères, notamment dans le voisinage d'un calcul, des végétations fongueuses d'où provenait le sang en très grande partie. Pendant la vie il avait été impossible de décider si le sang provenait du rein ou de l'ure-

tère; ces deux parties ayant été rendues douloureuses, l'uretère par la présence du calcul, le rein par la rétention de l'urine dans le bassinet. Ces cas d'uretérite calculeuse rapprochés des cas de pyélite calculeuse étant comparativement rares, toutes les fois qu'une hématurie est accompagnée d'une douleur dans le rein et l'uretère, il y a lieu de penser, toutefois sans pouvoir l'affirmer, qu'elle provient plutôt du rein que de son conduit excréteur.

Si on excepte les cas de fongus de la vessie, de cystite calculeuse, et de tubercules de la vessie avec cystite, maladies dont le diagnostic en général n'offre pas de très grandes difficultés, il y a peu de cas dans lesquels on puisse supposer que le sang rendu avec l'urine est fourni par la vessie. Cependant on voit quelquefois des hématuries provenant des reins simuler des hématuries provenant de la vessie, et *vice versa* (1). J'ajoute que, lorsque l'hématurie est vésicale, elle est bien rarement essentielle; et qu'elle est presque toujours précédée des symptômes propres à d'autres maladies de la vessie, à la cystite simple ou calculeuse, au cancer, etc. Cependant on a cité quelques cas d'hématurie remplaçant un flux hémorrhoïdal et dans lesquels la douleur et les principaux accidens paraissaient circonscrits dans l'hypogastre.

Lorsque le sang provient de l'urèthre, il s'écoule sans émission d'urine, et l'urine extraite de la vessie par la sonde, n'est pas chargée de sang excepté dans le cas où la lésion est voisine

(1) P. Frank rapporte que chez un homme, atteint d'hématuries abondantes et répétées *avec rétraction du testicule droit* et *difficulté de mouvoir la cuisse correspondante*, les deux reins étaient sains; il y avait un cancer de la vessie qui n'avait point été soupçonné (*Ouvr. cité,* art. *hématurie*).

Hippocrate indique comme des phénomènes communs aux ulcérations des reins et de la vessie, l'émission du sang ou du pus avec l'urine (Si quis sanguinem aut pus mingat, renum aut vesicæ exulcerationem significat. *Aphor. Sect.* IV, *aph.* 75), et il ajoute ailleurs avec raison : « Si quis sanguinem et pus mingat, et squamas, *et odor gravis sit*, vesicæ ulcerationem significat (*Aphor. Sect.* IV, *aph.* 81). Il y a quelques exceptions à cette règle, mais elles sont très rares.

du col de la vessie et dans ceux où le sang, ne pouvant s'écouler au dehors par suite d'un obstacle, reflue dans la cavité de cet organe. Enfin (et cette observation est uniquement pour les élèves), chez les femmes pendant la menstruation et chez celles qui ont des pertes utérines, l'urine se charge plus ou moins de sang en traversant la vulve.

Ces remarques générales indiquent la marche à suivre pour s'assurer si le sang rendu avec l'urine, provient ou non des reins. Si l'hémorrhagie est rénale, pour en déterminer la nature et le traitement, il restera à rechercher à laquelle des trois catégories indiquées plus haut (§ 763), l'hémorrhagie appartient, et le rang qu'elle y occupe. Cette connaissance résultera nécessairement d'une étude, d'abord individuelle, puis comparée des élémens dont ces groupes se composent.

§ 766. Dans les cas d'hémorrhagie rénale où le sang, soit par suite de sa coagulation, soit parce qu'un corps étranger ou toute autre cause oblitère ou rétrécit la cavité de l'uretère, ne peut s'écouler dans la vessie, le rein, distendu outre mesure par le sang et l'urine accumulés dans le bassinet, peut *former tumeur* dans la région lombaire. J'ai déjà rapporté, (§ 339, Obs. vi, tom. i, p. 280) un exemple de cette distension du rein par du sang. Walter (1) a cité aussi un cas fort remarquable d'hémorrhagie dans la cavité du bassinet et des calices dilatés, observé chez une jeune fille atteinte de pyélite calculeuse. Par suite de cette hémorrhagie et de la désorganisation des deux reins, la maladie se termina par une mort subite. Voici le fait : Une jeune fille, domestique chez un brasseur, avait éprouvé pendant un grand nombre d'années une très forte douleur dans la région des reins. Elle rendait peu d'urine, mais elle urinait habituellement du pus mêlé de sang et de sable fin. La position de cette jeune fille ne lui permettait pas de se traiter convenablement. Le ventre prit du développement; la douleur augmenta; cependant la malade continuait à faire son service. De vieilles matrones et même des médecins croyaient que cette jeune fille était enceinte; mais elle

(1) Walter. *Einige Krankheiten der Nieren und Harnblase*, in-4, Berlin, S. 5.

tomba morte subitement. A l'autopsie du cadavre, on trouva l'abdomen développé comme chez une femme enceinte de six à sept mois. On sentait extérieurement, à droite et à gauche du ventre, une tumeur qui s'étendait de la région des fausses côtes jusqu'à l'S iliaque du colon et à la région iliaque; elle s'étendait même jusque vers la région inguinale. Ces deux tumeurs donnaient au toucher à-peu-près la même sensation; seulement la gauche était plus tendue et un peu plus dure que la droite. A l'exception de ces tumeurs, il n'y avait rien de remarquable à l'extérieur du corps. A l'ouverture du bas-ventre, les deux tumeurs visibles à l'extérieur apparurent tout d'abord. Elles avaient fortement repoussé le colon. Ces tumeurs étaient formées par les reins; les autres viscères ne paraissaient pas altérés, et on les enleva pour mieux observer les reins. Le rein droit était d'une couleur rouge-brun; le volume en était considérablement augmenté. La substance en était très molle et friable, de sorte qu'en la maniant on la déchirait facilement. A l'intérieur, il était comme rongé, et sa cavité remplie d'une quantité énorme de sang coagulé, de pus et de substance rénale désorganisée. Ce mélange extraordinaire, semblable à une véritable bouillie, enveloppait deux calculs qu'on n'avait pas aperçus avant d'avoir enlevé cette matière. Les deux calculs, cause de cette désorganisation du rein, avaient une couleur noire; le plus volumineux pesait deux gros, et le plus petit deux scrupules. Quelques-uns des gros vaisseaux rénaux avaient été rongés par le pus. Par suite de cette destruction, le sang s'était épanché dans la cavité du rein, et avait mis fin subitement à la vie de la malade. Le rein gauche, le bassinet et l'uretère avaient l'apparence d'une vessie distendue, élastique au toucher. Ce rein offrait de larges éminences, et l'uretère des circonvolutions très considérables. Le liquide contenu dans la poche rénale était clair, transparent, et d'une couleur jaune pâle, sans odeur, et la quantité en était de deux pintes et demie. La substance rénale était complètement détruite. A la partie inférieure de l'uretère du côté gauche, on trouva un calcul gros comme une petite noix, qui empêchait complètement le passage de l'urine dans la vessie.

Cowper (1) rapporte aussi un cas dans lequel le rein était distendu et rempli de sang. Pendant la vie, douleur à la région rénale gauche, engourdissement de l'extrémité inférieure du même côté, envies de vomir, et sédiment noir dans l'urine, qui se coagulait quand on l'exposait à la chaleur. Le rein gauche, formé de kystes, pesait cinq livres et contenait un sang fluide et grumuleux.

Martineau (2) a publié un cas plus extraordinaire encore que les précédens. Ayant fait la paracentèse pour une tumeur volumineuse de l'abdomen, il s'en écoula dix pintes anglaises d'un liquide sanguinolent. L'autopsie fit voir plus tard que ce liquide était contenu dans le rein, énormément distendu.

§ 767. *Premier groupe : Hémorrhagies rénales symptomatiques des lésions des reins.* — On voit souvent survenir des hématuries, à la suite des *plaies* (§ 375) (3), des *déchirures* (§ 339) (4), des *contusions*, des *compressions* ou des *commotions* (§ 338) (5), des reins.

Indépendamment des cas que j'ai indiqués ou rapportés avec détail dans une autre partie de cet ouvrage, on pourra consulter quelques observations antérieurement publiées (6).

Dans les cas d'hémorrhagies rénales qui surviennent à la suite de plaies, de contusions, on observe quelquefois, en même temps que l'hémorrhagie, des symptômes de néphrite aiguë, de péritonite, etc. En de tels cas, le traitement des lésions primitives et secondaires doit être pris, sans doute, en grande

(1) *Philos. Transactions*, vol. XIX.

(2) *Med. comment.*, vol. IX.

(3) Voyez plusieurs observations consignées : tom. I, obs. I, p. 341. — Tom. I, obs. II, p. 342. — Tom. I, obs. IV, p. 345. — Tom. I, obs. V, p. 347.

(4) Tom. I, obs. VII, p. 282.

(5) Voyez tom. I, obs. I, p. 275. — Tom. I, obs. II, p. 276. — Tom. I, obs. III, p. 277. — Tom. I, obs. IV, 277. — Tom. I, obs. V, p. 278. — Tom. obs. VI, p. 280. — Tom. I, obs. XIII, p. 292.

(6) Rivière parle d'un homme atteint de gravelle, et qui rendait des urines sanguinolentes, toutes les fois qu'il était obligé de monter à cheval (*Obs. med.* Cent. II, obs. XIII).

considération ; mais l'hémorrhagie rénale, soit comme phénomène, soit comme complication de ces lésions, présente des indications particulières. Telle plaie ou telle contusion des reins est suivie de si peu de douleur et si complètement exempte de fièvre qu'on s'abstiendrait certainement d'émissions sanguines, si l'urine n'était pas chargée de sang. Dans d'autres cas, à la suite d'une plaie des reins, les saignées peuvent avoir été tellement multipliées qu'on doive chercher à arrêter la perte du sang par l'application de la glace sur le flanc, par l'usage de boissons glacées et par l'extrait de ratanhia. Toutefois il ne faut pas oublier que la coagulation du sang dans le goulot des calices ou dans l'uretère peut elle-même être la source de nouveaux accidens (§ 766); de sorte que, dans un cas particulier, pour l'administration des hémostatiques, on se guidera d'après le degré d'affaiblissement du malade et le mode d'excrétion de l'urine.

§ 768. Les *inflammations des reins* sont assez souvent suivies du passage d'une certaine quantité de sang, ou de plusieurs de ses élémens organiques dans l'urine. Si ce phénomène du *pissement de sang* est plus fréquent dans la néphrite *traumatique*, que dans toutes les autres espèces, il est beaucoup moins rare dans ces dernières, même dans la néphrite *simple* (1), qu'on ne le pense communément.

D'un autre côté, rien n'est plus fréquent, par exemple, que le passage d'une certaine quantité de sang dans l'urine durant le cours de la néphrite *albumineuse*, surtout à son début et à la suite de la scarlatine (2). Au début de cette espèce de néphrite, la quantité de sang est quelquefois si considérable

(1) Voyez tom. 1, obs. I, p. 341. — Tom. 1, obs. II, p. 342. — Tom. 1, obs. V, p. 347. — Tom. 1, obs. I, p. 257. — Tom. 1, obs. II, p. 259. — Tom. 1, obs. IV, p. 261. — Tom. 1, obs. V, p. 282. — Tom. 1, obs. VIII, p. 266. — Tom, 1, obs. IX, p. 268. — Tom. 1, obs. X, p. 269. — Voyez, pour la néphrite simple aiguë, tom. 1, obs. LXXXVII, p. 582, et pour la néphrite simple chronique, tom. 1, obs. XXI, p. 387, tom. 1, obs. XXXIV, p. 409. Tom. 1, obs. XCVII, p. 609. — Tom. 1, obs. CIII, p. 614.

(2) Voyez, tom. II, obs. I, p. 160. — Tom. II, obs. II, p. 161. — Tom. II

que les observateurs ont comparé l'urine à de la *lavure de chair*. Dans la période chronique de la néphrite albumineuse, en examinant les légers sédimens de l'urine au microscope, on y trouve souvent des globules sanguins : et, dans les paroxysmes de cette maladie, la proportion de ces globules est telle que l'urine, habituellement pâle et décolorée, prend une teinte rose ou brunâtre qu'on a comparée à du cidre tué ou à du bouillon de bœuf.

Dans la néphrite *rhumatismale* aiguë, il n'est pas rare, non plus, d'observer une certaine quantité de sérum et de globules sanguins dans l'urine; mais je n'ai jamais vu dans cette affection l'urine sanguinolente (1) comme dans la néphrite albumineuse.

J'ai vu plusieurs fois survenir de véritables hémorrhagies rénales dans des cas de néphrite *goutteuse* (2), accompagnées de coliques néphrétiques.

La formation de pétéchies et de dépôts de sang dans les reins avec développement d'ecchymoses et de pétéchies dans le bassinet et une véritable hématurie rénale, sont des phénomènes communs dans les néphrites par *poisons morbides*.

§ 769. La pyélite *calculeuse* est assez fréquemment accompagnée d'hématurie (3); mais dans ce cas l'urine est non-seulement chargée de sang, mais encore d'une certaine quantité de pus. Les proportions du pus et du sang, dans l'urine, sont très

obs. IX, p. 177, tom. II, obs. X, p. 182. — Tom. II, obs. XVII, p. 200. — Tom. II, obs. XXII, p. 213. — Tom. II, p. 443, *idem*. — Tom. II, obs. LXX et LXXI, p. 462 et 463.

(1) P. Frank dit cependant : « Nous avons observé à la clinique de Pavie une hématurie évidemment déterminée par une affection rhumatismale. (*Epitome*, trad. franç. par Goudareau, tom. III, p. 366).

(2) Voyez, tom. II, obs. I, p. 54.

(3) J'ai rapporté plusieurs cas de pyélite calculeuse avec hématurie : tom. III, obs. II, p. 70. — Obs. I, tom, III, p. 67. — Obs. VI, tom. III, p. 87. — Obs. IX, tom. III, p. 106. — Obs. XXX, tom. III, p. 174. — Obs. XXXI, tom. III, p. 178. — Des cas d'hématurie produite par des calculs rénaux ont été rapportés par Bishop *in Medical facts and observ.* vol. VIII, p. 122.

variables et très inégales au début ou à la fin de ces hémorrhagies intercurrentes. En de tels cas, le malade a presque toujours rendu antérieurement de petits calculs; il a éprouvé des accès de colique néphrétique et des douleurs habituelles dans la région des reins; le pissement de sang est survenu à la suite d'un exercice violent, et il est accompagné des autres symptômes de la pyélite calculeuse, (§ 644). Ordinairement ces pissemens de sang symptomatiques de graviers ou de calculs ne sont pas de longue durée; cependant on les a vus durer des mois entiers. Dans quelques cas, le sang est mêlé de mucus ou de pus, et de ce mélange résulte un liquide qui ressemble à de la lavure de chair ou à du pus rougeâtre.

Il survient des hématuries dans d'autres pyélites, non calculeuses. Enfin il est des pyélites que j'ai décrites sous le nom de pyélite *hémorrhagique* (§ 668), et dont l'hématurie est un des principaux symptômes. Plusieurs fois aussi on a vu la présence des strongles dans les reins occasioner des hématuries.

Quant aux *dégénérescences* des reins, le cancer est incomparablement, de toutes, celle qui est le plus fréquemment accompagnée d'urine sanguinolente. Dans ce cas, indépendamment de globules sanguins, on aperçoit quelquefois dans l'urine une foule de lamelles et de globules d'apparence graisseuse, mais qui diffèrent des globules graisseux, en ce qu'ils disparaissent promptement par le contact de l'air, et surtout en ce que l'éther se charge peu ou point de graisse, lorsqu'on le mélange avec l'urine. Ces urines sanguinolentes, provenant de reins atteints de cancer, tiennent quelquefois en suspension de petits corps filiformes, qui, dans un cas où je fus appelé, avaient fait soupçonner l'existence de spiroptères dans les voies urinaires (*Voyez* : CANCER).

La *dégénérescence tuberculeuse* des reins est rarement accompagnée d'urine sanguinolente, si on excepte toutefois les cas dans lesquels il existe en même temps une dégénérescence tuberculeuse des uretères et de la vessie (*Voyez:* TUBERCULES DES REINS).

Le petit nombre de remarques que j'aurais à faire sur les

hématuries symptomatiques de ces lésions organiques des reins seront plus à leur place dans l'histoire de ces lésions.

§ 770. ***Deuxième groupe : Hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales.*** — Dans le purpura, l'urine se charge souvent d'une petite quantité de sang. On a rapporté quelques exemples de véritables hématuries survenues dans le purpura ***hæmorrhagica*** (1). Dans des cas analogues, j'ai constaté que la disparition des élémens organiques du sang a quelquefois lieu, dans l'urine, d'une manière partielle et successive ; la fibrine disparaît peu-à-peu ; puis les globules sanguins ; et l'urine reste quelquefois encore, pendant assez long-temps, chargée d'albumine.

Parmi les observations les plus remarquables d'hématuries, survenant avant ou après d'autres hémorrhagies, comme effet ou comme symptôme d'une disposition générale, je citerai le cas d'un jeune homme, âgé de 21 ans, auprès duquel je fus appelé par M. Littré (2). Chez ce jeune homme, le sang fut versé par quatre surfaces muqueuses, par celles des voies aériennes, des fosses nasales, des voies digestives et par celles des voies urinaires. Latour (3) cite un cas analogue : celui d'une jeune fille de 15 ans qui, pendant quatre ans, rendit du sang par toutes les voies, qui plus tard fut atteinte d'une suppression d'urine pendant huit jours, suppression remplacée ensuite par une hématurie.

Dans ces maladies hémorrhagiques, l'hématurie peut cesser pendant quelques jours, pour se reproduire ensuite, sans cause appréciable. Dans de tels cas, on a vu l'excrétion de l'urine suspendue pendant quelques jours.

(1) Combes, *Cases of purpura hæmorrhagica* (Edinb. med. and surg. journ. 1821, vol. XVII, 1833).— Kift (Arthur) *Case of hæmorrhea petechialis* (Edinb. med. and surg. journ. vol. XXVII, p. 71. — Harty, *Edinb. med. and surgic. journal*, vol. XXXIV, p. 59.— Rogerson, *Med. and physic. journ. vol.* XLIII. — G. Johnson, *Med. and surg. journ. n.* 72.

(2) Littré. *Observation suivie de réflexions sur l'hémorrhagie essentielle* (*Gazette médicale de Paris*, in-4, 1833, p. 263).

(3) Latour. *Traité philos. et méd. des hémorrhagies*, tom. II, p. 36.

Les exemples d'hématurie, dans le *scorbut*, sont beaucoup plus rares que dans le purpura. Je n'ai point eu l'occasion d'observer cette espèce d'hématurie, ce qui n'est point étonnant, n'ayant soigné qu'un très petit nombre de personnes atteintes de scorbut. Dans deux cas bien caractérisés de cette maladie et dans lesquels il n'y avait point eu d'hématurie, les reins m'ont présenté, aprés la mort, une altération remarquable. Ils étaient criblés d'un grand nombre de pétéchies situées à la surface et dans l'épaisseur de la substance corticale, qui était très molle et d'un blanc jaunâtre (*Voyez* : ANÉMIE DES REINS). Il y avait aussi quelques pétéchies dans le bassinet; la substance tubuleuse était saine.

Un grand nombre de substances injectées dans les veines sont évacuées avec l'urine. Dans la transfusion du sang, on a observé un phénomène non moins curieux : Sur cinquante animaux soumis à la *transfusion* du sang, dit P. Frank, on en a vu vingt attaqués d'hématurie (1).

§ 771. Dans les *fièvres eruptives*, dans la variole (2), dans la rougeole et la scarlatine, on observe quelquefois des hémorrhagies rénales, en même temps que des pétéchies à la surface du corps. Cette espèce d'hématurie est regardée avec raison comme un symptôme très grave (3). Après la mort, on trouve des ecchymoses dans le bassinet (ATLAS, Pl. XXXIII, fig. 7), et des pétéchies dans la substance corticale. Ces cas ne sont pas rares.

(1) Frank (P.). *Epitome*, trad. franç., par Goudareau, tom. III, p. 368.

(2) Plusieurs auteurs ont fait mention de l'hématurie varioleuse qui est du plus fâcheux augure. *Voyez :* Foreest, *Obs. et cur. med.* t. II, p, 248. — Sydenham. *Opera*, t. I, pag. 234; in-4, Genevæ, 1769. — Varner. *Mém. sur quelques moyens de soulagement dans les petites-véroles les plus fâcheuses*.— Journ. de Vandermonde, in-12, 1756, t. V, p. 154.

(3) Les hématuries qui surviennent chez des variolés, par une cause accidentelle et indépendante du *contagium*, sont beaucoup moins grave et ne sont point accompagnés de pétéchies à la peau. Le docteur Brown rapporte que Nedham, après avoir porté un pronostic très fâcheux sur l'état d'une dame atteinte de la variole et dont les urines étaient sanguinolentes, découvrit que le pissement de sang avait été produit par un gravier descendu du rein dans la vessie.

M. le docteur Barth m'a montré deux reins (1), dont les calices et les bassinets étaient largement et profondément ecchymosés, dans un cas de variole hémorrhagique (*hematuria variolosa*). J'ai cité un exemple analogue d'ecchymose profonde du bassinet, et que j'ai observé dans un cas de scarlatine hémorrhagique (ATLAS, Pl. XXXIII, fig. 7). Dans de semblables cas, l'urine contient presque toujours de l'albumine et des globules sanguins.

(1) Liegois (Virginie), âgée de 18 ans, domestique, bien constituée, d'un embonpoint moyen, et habituellement bien portante, avait vu ses règles pour la première fois dans les derniers jours de novembre 1837, lorsqu'elles furent supprimées par une frayeur, au troisième jour de leur durée. Cette jeune fille, qui n'avait point été vaccinée, s'étant trouvée en rapport avec des personnes qui avaient la variole, fut prise, le 10 décembre, de prodrômes fébriles avec douleur lombaire et vomissemens. Entrée à l'Hôtel-Dieu le 13, elle ne présentait encore aucune trace d'éruption, mais elle accusait des douleurs à l'hypogastre et aux reins; la région lombaire droite était douloureuse à la pression; le pouls donnait 104 pulsations par minute. Le 14, au matin, on aperçut à la figure, sur le tronc et les membres, un assez grand nombre de saillies coniques, rougeâtres, très petites. Le fond de la bouche présentait une rougeur uniforme. Les douleurs des lombes persistaient; elles augmentèrent d'intensité dans la journée, au point que, le soir, elles arrachaient à la malade des cris et des pleurs. Le pouls battait 108 pulsations par minute. Le 15, au matin, les douleurs lombaires persistaient avec la même acuité; l'éruption de la veille avait fait peu de progrès; de plus, on apercevait sur la face, le tronc et les membres, un grand nombre de taches rouges, et la malade avait un peu de coryza; pouls à 112 (*Vingt sangsues aux lombes*). Le soir, soulagement des douleurs; mais le malaise est toujours grand, la fièvre intense. La malade passe la nuit dans l'agitation; elle se plaint encore beaucoup de ses reins et succombe, le 16, à sept heures du matin sans agonie.

A l'autopsie, on trouva, sur toute la surface du corps, des taches rougeâtres, irrégulières; cinq ou six pustules varioliques bien conformées près des parties génitales; une rougeur vive et de petites taches blanchâtres dans le larynx; une rougeur foncée parsemée de quelques petites ecchymoses et de quelques taches blanchâtres dans la trachée. Un grand nombre de petites ecchymoses sur la plèvre pulmonaire.

Les reins étaient volumineux, celui du côté droit, pourvu de deux uretères, présentait à sa surface un grand nombre de petites ecchymoses, que

A la suite de la scarlatine, on observe quelquefois de véritables hématuries (1), et bien plus souvent encore des urines chargées d'albumine et de globules sanguins, et qui sont ordinairement les premiers symptômes d'une hydropisie générale (2).

On observe quelquefois, dans la *fièvre jaune*, des urines sanguinolentes (3) et noirâtres. Plusieurs auteurs ont observé de véritables hématuries.

l'on retrouvait aussi dans l'épaisseur de la substance corticale. Les calices étaient envahis par une ecchymose tellement prononcée, qu'au premier abord on aurait cru à l'existence d'un caillot sanguin dans ces cavités. Cette coloration noirâtre s'étendait à un demi-pouce environ, dans l'intérieur des deux uretères; sur les parties ecchymosées la membrane interne était moins lisse que dans l'état normal. Dans les calices et le bassinet du rein gauche, il y avait une dizaine d'ecchymoses d'une demi-ligne à une ligne de diamètre. La vessie offrait, à sa face interne, environ soixante petites ecchymoses, les unes d'un rouge vif, les autres violacées.

Dans l'intestin grêle, les follicules isolés étaient très développés. Les plaques de Peyer étaient saillantes; il y avait une infinité de petites ecchymoses dans l'épaisseur de la membrane muqueuse du gros intestin.

(1) John Paul. *Case of scarlet fever succeeded by profuse hemorrhagies* (Edinb. med. and surg. journal, vol. XXVII, p. 55). — Schiemann. *Obs. sur une hématurie* (Biblioth. méd. t. LXIX, p. 123).

(2) Voyez: tom. II, p. 447.

(3) M. Devèze a trouvé de l'urine sanguinolente dans la vessie après la mort (*Traité de la fièvre jaune*, in-8, Paris, 1820, p. 79). M. Rochoux pense que l'hématurie est un phénomène rare dans la fièvre jaune, et il n'en a observé qu'un exemple (*Recherches sur la fiévre jaune*, in-8, Paris, 1822, p. 153): il y avait déjà suppression d'urine depuis une dizaine d'heures. Le malade rendit, à diverses reprises, environ trois palettes de sang pur. MM. Bailly, François et Pariset ne parlent pas de véritable hématurie, mais disent que deux ou trois fois, ils ont trouvé dans l'intérieur de la vessie une matière noire, visqueuse, qu'ils regardent comme du sang altéré. — Lining (*Journal de médecine*, mai 1758, t. VIII, p. 413) dit que le sédiment de l'urine dans la fièvre jaune était quelquefois brun, et qu'on observait des urines sanguinolentes, le troisième jour. — Pouppé Desportes (*Hist. des maladies de Saint-Domingue*, t. I, p. 194). — Caillot (*Traité de la fièvre jaune*, p. 99) fait aussi mention de véritables hématuries dans la fièvre jaune. M. Rochoux a

J'ai noté ailleurs (§ 470) que, dans la *fièvre typhoïde*, les reins étaient quelquefois atteints d'inflammation; dans cette maladie le sang peut aussi transsuder en quantité plus ou moins considérable dans les voies urinaires (1).

trouvé dans quelques cas de fièvre jaune les reins gorgés de sang, et M. Pariset a vu des ecchymoses sur la membrane interne de la vessie.

(1) Hauser, âgé de 28 ans, d'une constitution forte, d'un tempérament sanguin, exerçant depuis quelques mois la profession de serrurier à Paris, fut pris le 25 février 1838, sans cause connue, d'une fièvre intense, accompagnée de céphalalgie et d'un dévoiement considérable. Lorsqu'il fut amené à l'hôpital de la Charité, le 5 mars, il était dans l'état suivant:

Face colorée, exprimant la stupeur et la souffrance; langue sèche, blanche au centre et rouge sur ses bords; décubitus dorsal, faiblesse, prostration, peau chaude et sèche; pouls fort et rapide (120 pulsations par minute); céphalalgie intense. Etourdissemens, vertiges, lorsqu'on le fait asseoir sur son lit. Délire pendant la nuit. Râle sibilant dans toute l'étendue de la poitrine; petite toux sèche, ou accompagnée de l'expectoration de quelques crachats visqueux. La pression du ventre, surtout dans la région du cœcum, détermine une douleur assez vive. Depuis hier matin, un grand nombre de selles liquides; sur l'abdomen et la partie antérieure de la poitrine, quelques taches rosées, lenticulaires, disparaissant à la pression (*Saignée de* 12 *onces*; *tis. de gomme édulcorée; potion gommeuse*). Le sang de la saignée n'est pas diffluent; le caillot en est solide, mais sans couenne. Le 8 (*nouvelle saignée*), même état du sang. Le 9, la langue est plus humide, le pouls est plus petit (108 pulsations); les taches rosées se sont multipliées sur la peau du ventre et de la poitrine; le dévoiement a un peu diminué (10 à 12 selles dans les vingt-quatre heures).

Le 13, langue sèche, recouverte d'une croûte brunâtre; bouche à demi entr'ouverte; œil terne, regard fixe; face violette; frémissemens musculaires, soubresauts des tendons; râle sibilant; murmure respiratoire peu sensible à la base de chaque poumon. Délire pendant la nuit.

Les urines sont rosées et légèrement acides. Examinées au microscope, elles présentent un grand nombre *de globules sanguins*. Traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles donnent un précipité d'albumine. Endolorissement général du ventre, qui ne permet pas de constater si l'hypogastre est le siège d'une douleur spéciale.

Le 16, 52 respirations à la minute; pouls irrégulier; une pulsation plus forte et plus lente pour deux plus faibles et plus rapides; 128 pulsations; pendant la nuit, le délire a été accompagné de mouvemens désordonnés qui

Je termine en mentionnant simplement certaines causes qui, après avoir agi sur l'organisme, et en particulier sur le sang, déterminent des hématuries presque toujours fort légères. Ainsi, on a vu des individus frappés de la foudre rendre de

ont obligé le veilleur à lier le malade dans son lit. Depuis hier, selles involontaires. Le malade n'avait plus la force de se lever pour aller à la selle, ce qu'il avait fait jusqu'à ce jour; à cinq heures du soir, mort.

Autopsie du cadavre, trente-six heures après la mort.

Etat extérieur. — Cadavre d'un homme bien conformé, peu amaigri. Aucune trace des taches rosées qui avaient persisté jusqu'à l'agonie.

Poitrine. La trachée et les bronches sont pleines d'écume, et leurs plus petites ramifications de mucus. La membrane muqueuse est injectée, et présente quelques ecchymoses. Les deux poumons sont gorgés d'une grande quantité de sang noir; point d'adhérences pleurétiques. Le cœur est flasque, ses cavités contiennent une petite quantité de sang fluide, d'un rouge noir.

Abdomen. Le foie est brun et d'une grande mollesse, qui permet de plonger le doigt dans son tissu, sans beaucoup d'efforts. La rate a deux fois et demie son volume normal; elle est rouge et très ramollie. Les follicules de l'estomac et du duodénum sont partout très apparens; ce qui donne à cette membrane muqueuse un aspect grenu. Dans l'intestin grêle, vers le commencement de l'iléon, on voit quatre ou cinq plaques enflammées, légèrement turgescentes; vers la fin de l'iléon, les plaques sont plus volumineuses; élevées d'une ligne ou deux au-dessus de la surface intestinale, elles ressemblent à des ulcères fongueux; les unes sont larges comme des pièces de 10 sous; les autres comme des pièces de 5 francs. Elles sont parsemées de petites ulcérations, au fond desquelles on voit le *tissu cellulaire sous-muqueux gangréné*, et les fibres musculaires de l'intestin injectées de sang; les bords de ces plaques sont plus durs, plus élevés que leur centre. Auprès de la valvule iléo-cœcale, trois de ces plaques se touchent ou se confondent par leurs bords. La valvule elle-même est saine, et au-delà dans le cœcum et dans tout le reste du gros intestin il n'existe point d'altérations. Les ganglions mésentériques sont gros comme des avelines et injectés de sang noir. Au-dessous du péritoine du petit bassin, le tissu cellulaire sous-séreux est infiltré de sang; les membranes séreuse et musculeuse de la vessie sont séparées par du sang qui a rougi les mailles celluleuses qui les unissent; la membrane muqueuse de la vessie offre plusieurs larges ecchymoses, qui s'étendent jusque dans l'urèthre, auquel elles donnent une couleur lie-de-vin; il y

l'urine par l'urèthre (1). Certains médicamens âcres, donnés à grande dose, produisent quelquefois des hématuries : c'est ainsi que les cantharides (2) déterminent des pissemens de sang, soit lorsqu'elles sont administrées à l'intérieur d'une manière inconsidérée, soit dans quelques cas rares, après l'application des larges vésicatoires. Le baume du Pérou paraît être dans le même cas. Par une mauvaise plaisanterie, dit P. Frank (3), on fit prendre à une personne du baume du Pérou pour du chocolat : au bout de quelques heures, il survint une hématurie.

On a attribué des hématuries à l'usage immodéré de l'ail (4), des ognons, des asperges et des poreaux; je n'ai rien vu de semblable.

Je n'ai jamais observé de véritables hématuries comme effet de l'empoisonnement saturnin. Dans le seul cas de colique saturnine, que j'ai vu compliqué d'une véritable hématurie, le pissement de sang a diminué graduellement pendant le traitement de la colique (5). Mais plusieurs fois j'ai remarqué, dans l'empoisonnement saturnin, que l'urine était chargée d'une certaine quantité d'albumine. Il est vrai que le plus ordinai-

a dans les bassinets quelques petits ecchymoses. Les reins sont volumineux et gorgés de sang noir.

Tête. Cerveau sain.

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1831, p. 158.

(2) Paré, *OEuvres*, livre XVII, chap. 54.— Foreest, *Obs. et cur. med.*, t. II, p. 122.

(3) P. Frank, *Epitome*, t. III, p. 366.

(4) Foreest, *Obs. et cur. med.*, t. II, p. 126.

(5) Rouelle, âgé de 21 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 29 janvier 1838, pour y être traité d'une colique de plomb. Il travaillait depuis deux mois dans une fabrique de céruse, à Clichy-la-Garenne, lorsqu'il fut pris, il y a huit jours, de coliques et de crampes dans les jambes. Il continua de travailler à la fabrication de la céruse, jusqu'à la veille de son entrée à l'hôpital. Le 29, dans la soirée, frisson général accompagné de tremblement et de claquement des dents; pouls plein et vibrant (76 pulsations); coliques continuelles, augmentant par accès; crampes dans les jambes. Langue blanche. Vomissemens bilieux. Constipation. Ces symptômes

rement l'urine a continué d'être albumineuse après la guérison de la colique (1), et il est possible que, dans ces cas, il existât quelque affection des reins. J'ai rapporté un cas (tome II, page 191) dans lequel le malade, qui devint hydropique, était évidemment atteint d'une néphrite albumineuse chronique.

§ 772. *Troisième groupe : Hémorrhagies rénales essentielles.*

ont cédé, dans l'espace de six jours, à l'administration de cinq lavemens des peintres et de six gouttes et demi d'huile de croton tiglium.

Pendant le cours de cette colique des peintres, les urines furent sanguinolentes, et nous découvrîmes, à l'aide de l'inspection microscopique, qu'elles contenaient un grand nombre de globules sanguins; traitées par la chaleur et par l'acide nitrique, elles offraient un coagulum albumineux. Au reste, l'empoisonnement saturnin ne paraît avoir agi, dans ce cas, que comme cause occasionnelle de l'hématurie. Bien antérieurement, dans le courant de mois de juillet 1837, Rouelle, alors employé aux travaux d'un chemin de fer, avait uriné pendant quatre ou cinq jours du sang presque pur, à la suite d'une insolation prolongée et de fatigues excessives. Cette hématurie ne fut accompagnée, ni de douleurs rénales, ni de douleurs vésicales, et céda au repos et aux boissons émollientes.

Le 15 janvier 1838, avant d'avoir ressenti les atteintes de la colique de plomb pour laquelle il est venu à l'hôpital, Rouelle a de nouveau rendu des urines sanguinolentes. Cette deuxième hématurie, comme la première, n'a point été accompagnée de douleurs rénales ou de douleurs vésicales. Elle a diminué insensiblement, même pendant la durée de la colique de plomb, et lorsque le malade est sorti de l'hôpital, le 23 février 1838, il n'y avait plus de globules sanguins dans les urines. Ce malade nous assura qu'il n'avait jamais fait d'excès de boisson, ni d'excès vénériens, et qu'il n'avait jamais été sujet aux hémorrhoïdes, aux hémoptysies, ni aux épistaxis. En 1834, il a eu une blennorrhagie qui, après avoir duré deux ou trois mois, s'est terminée par une orchite. Ces deux affections ont été traitées avec soin, d'abord par les antiphlogistiques, puis par les mercuriaux

(1) Petry (Julien), âgé de 28 ans, peintre en bâtimens, et qui avait été atteint, à plusieurs reprises, de coliques de plomb, fut reçu dans mon service à l'hôpital de la Charité, le 9 novembre 1840. Les premiers jours de son séjour à l'hôpital, les urines étaient fortement colorées, pesaient 1014,5, et contenaient une quantité notable d'albumine. La proportion d'albumine dans l'urine diminua rapidement, et, le 21 novembre, les urines, redevenues limpides, pesaient 1018,5, et n'en offraient aucune trace. Tous les accidens de l'intoxication saturnine ayant cessé, le malade sortit de l'hôpital.

— Les hémorrhagies rénales essentielles sont à Paris, et je crois en Europe, des affections très rares. Il paraît, au contraire, que les hématuries indépendantes d'affections locales ou générales, ne sont pas rares dans les régions tropicales.

Le traitement des hémorrhagies rénales essentielles est en grande partie subordonné aux causes qui les produisent et aux conditions dans lesquelles elles se développent. Cette considération m'a déterminé à traiter séparément des hémorrhagies rénales *continues*, des hémorrhagies rénales essentielles *intermittentes* ou *périodiques*, des hémorrhagies rénales essentielles *supplémentaires*, des hémorrhagies rénales essentielles *critiques*, enfin des hémorrhagies rénales essentielles *endémiques*.

§ 773. *Hémorrhagies rénales essentielles, continues.* — Les deux observations suivantes me paraissent propres à donner une idée de deux états extrêmes, eu égard à leur inégale gravité, dans lesquels peuvent se présenter les hémorrhagies rénales *essentielles, continues* (1), ou au moins telles en

(1) La proportion des cas d'hémorrhagies rénales, et même d'hématuries symptomatiques, est sans doute plus considérable que celle des hématuries essentielles. Mais Cullen est allé trop loin lorsqu'il s'est ainsi exprimé :

« On dit que l'hématurie est survenue, sans aucun autre symptôme d'une affection des reins ou des conduits de l'urine ; comme cette hémorrhagie est arrivée à des personnes pléthoriques et a reparu à des périodes fixes, on l'a regardée dans ce cas comme un exemple d'hématurie idiopathique, et de la nature des hémorrhagies actives dont j'ai parlé plus haut.

« Je ne puis positivement nier l'existence de ce cas; mais je dois faire observer que l'on en trouve très peu d'exemples dans les écrits des médecins ; que ni mes amis ni moi n'en avons vu aucun, et que les observations que l'on a rapportées peuvent être erronées, en ce que j'ai fréquemment vu l'hématurie survenir sans aucun symptôme qui indiquât en même temps l'existence d'une autre affection des reins ou des voies urinaires : néanmoins, comme l'hémorrhagie avait été précédée ou suivie, peu de temps après, des accès de la néphralgie calculeuse, cela a suffi pour me rendre probable que l'hématurie était due à une plaie produite par la présence de la pierre dans quelque partie des voies urinaires » (Cullen, *Élémens de médecine pratique*, trad. de Bosquillon, in-8. Paris, 1787, tom. II, p. 152).

apparence. La douleur dans le rein gauche chez un des malades (Obs. I) ne permet pas, sans doute, d'affirmer que cet organe n'avait éprouvé aucune altération de tissu; mais une semblable douleur ne prouve pas non plus que l'hématurie ne fût point essentielle. Quant aux lésions observées dans l'autre cas (Obs. II), elles étaient évidemment le résultat d'une inflammation chronique, dont l'hémorrhagie était probablement indépendante.

Obs. I. — Hémorrhagie légère essentielle provenant probablement du rein gauche; guérison prompte par l'usage des antiphlogistiques.

A. Chiban, âgé de 71 ans, forgeron, entra à l'hôpital de la Charité, le 24 janvier 1832. Ce malade, d'une bonne constitution, fit, il y a six ans, un effort qui lui répondit douloureusement dans la région du rein droit. Plus tard, il reçut un coup de pied de cheval dans la poitrine, à la suite duquel il cracha le sang; il fut traité à l'hôpital, et sortit guéri au bout de quinze jours. Cette année, il a fait une chute, qui l'a obligé à garder le lit. Depuis cet accident, il ne s'est pas aperçu qu'il souffrît plus d'un côté des lombes que de l'autre. Il a fait antérieurement quelques excès de boisson, mais il assure s'en être abstenu depuis trois ans.

Suivant lui, sa maladie ne date que de quatre ou cinq jours. Depuis cette époque, douleurs dans la région du rein droit, survenue sans cause connue et presque subitement. Depuis quatre jours, urines sanguinolentes; vomissemens abondans, suivis d'une douleur dans le rein gauche; point de graviers dans l'urine.

Le 25, douleur aiguë avec sensation de chaleur dans la région du rein gauche, sans douleur dans le testicule: mais le malade a souffert dans le trajet de l'uretère, qu'il indique assez exactement avec la main. L'hypochondre gauche résonne à la percussion, comme lorsque la rate et le rein n'ont point augmenté de volume. Depuis quatre jours, l'urine ressemble, pour la couleur, à du sirop de groseille; son sédiment est formé d'une couche blanche, au-dessus de laquelle est une couche rouge, formée par du sang. Bouche amère, envies de vomir après l'ingestion

des boissons, sensibilité à l'hypogastre, s'étendant vers la région du cœcum et dans celle de l'S iliaque de colon. Pouls régulier, donnant 80 pulsations par minute; sensibilité morbide au-dessous de la clavicule droite, s'étendant en arrière des deux côtés du thorax (*Tisane de chiendent et réglisse; julep; cataplasme sur la région du rein gauche; lavemens; 15 sangsues sur le rein gauche*).

Le 26, la douleur des lombes est moins forte; les urines sont moins rouges (*Tisane de chiendent et de réglisse; bains; cataplasmes; lavemens; lait, soupe*).

Le 27, le malade dit avoir éprouvé, la veille, une douleur dans l'aine et dans le testicule gauches; la douleur du rein gauche persiste. Émission fréquente, mais peu abondante des urines, qui sont toujours sanguinolentes. Le sédiment, un peu moins considérable, est toujours formé de deux couches, l'une blanche, l'autre sanguinolente (*Deuxième application de sangsues sur le rein gauche; tisane de lin; cataplasme; lavement*).

Le 28, la douleur du testicule et celle du rein gauche ont cessé; les urines sont toujours sanguinolentes, mais elles sont plus abondantes et déposent moins. Le malade n'éprouve plus aucune douleur en urinant; pas de nausées; ventre souple, indolent (*Tisane de chiendent et de lin; cataplasme*).

Le 29, les urines, moins rouges; douleur dans la région lombaire gauche.

Le 30, la douleur du flanc gauche est à-peu-près nulle; l'urine est peu colorée (*Tisane de chiendent et de lin; bain de pieds*).

Le 31, les urines sont tout-à-fait limpides; le malade ne souffre plus dans la région des reins (*Lavement d'amidon; tisane de chiendent et de réglisse; émulsion*).

Le 1er février, urines naturelles; point de douleur dans la région lombaire gauche.

Le 4, les urines continuent d'être tout-à-fait naturelles. Le malade sort guéri, le 10 février 1832.

Obs. II. — Hémorrhagies rénales très abondantes; anémie et affaiblissement progressifs, malgré l'emploi d'une foule de remèdes; mort. Légères traces d'inflammation chronique dans le rein gauche.

Courtin, âgé de 26 ans, menuisier, né à Dunkerque, entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans les premiers jours de septembre 1836, pour s'y faire traiter d'une hématurie qui, déclarée trois mois auparavant, sans cause connue ou appréciable, n'avait pas cessé depuis cette époque. M. Guersent fils, chirurgien, aux soins duquel il était confié, et qui avait eu l'obligeance de m'appeler auprès de ce malade, me donna sur ce cas les renseignemens suivans : A plusieurs reprises, depuis le séjour à l'hôpital, le malade a déclaré qu'il n'avait point reçu de coup sur la région des lombes, point fait d'efforts violens; qu'il n'avait pas fait de chute sur la région des reins; qu'il n'avait jamais éprouvé de suppression d'urine, ni rendu des sables ou des graviers, ou des matières purulentes ou d'apparence laiteuse mélangées avec l'urine; qu'il n'avait point éprouvé de douleurs dans les régions rénales, ni dans la vessie; que l'appareil urinaire n'avait point été exposé à des excitations anomales; en résumé, que le pissement de sang était la seule maladie, et que le malade n'avait éprouvé et n'éprouvait aucune douleur dans l'appareil urinaire; seulement Courtin avait ajouté que les années précédentes il avait eu de fréquens saignemens de nez, qui, dans aucun cas, n'avaient été accompagnés de taches à la peau. M. Guersent ajouta que les accidens éprouvés par ce malade depuis son séjour à l'hôpital, étaient parfaitement en rapport avec les déclarations qu'il avait faites. En effet, l'exploration de la région des reins n'avait fourni aucun indice de néphrite; celle de la vessie n'avait donné également que des signes négatifs, soit de l'inflammation de cet organe, soit de la présence d'un corps étranger.

Le 9 septembre, le malade était dans l'état suivant : la peau avait une pâleur anémique, comme à la suite des hémorrhagies abondantes et répétées; les lèvres et les gencives étaient décolorées; la langue était pâle; l'appétit peu prononcé; les selles régulières, mais la respiration était fréquente; le pouls

donnait 108 pulsations par minute; en appliquant l'oreille à la région précordiale, on entendait un très léger bruit de souffle correspondant au premier temps, comme chez les chlorotiques. Le malade avait vomi dans la matinée, pour la première fois. Les facultés intellectuelles étaient intactes.

L'urine était fortement sanguinolente; le vase dans lequel elle avait été reçue, contenait un assez grand nombre de caillots de sang; les plus considérables formaient de petites masses irrégulièrement arrondies, du volume d'une olive ou d'une noix. La dimension et la forme de ces caillots indiquaient qu'ils s'étaient formés dans le vase où le sang s'était coagulé. Entre ces caillots, on en voyait plusieurs, allongés en forme de vers, de deux pouces environ de longueur, formés par la fibrine qui s'était coagulée très probablement dans les uretères. Ces caillots étaient décolorés. Quant à la quantité de sang rendue en vingt-quatre heures, il paraît, d'après la déclaration du malade, et à en juger aussi d'après l'aspect anémique du corps, qu'elle était considérable; on nous assura que chaque jour on retirait du vase une assez grande quantité de caillots. La région du rein gauche était douloureuse à la pression même légère; on nous assura que cette douleur ne s'était déclarée que depuis quelques jours, et postérieurement à un cathétérisme pratiqué pour explorer l'état de la vessie. Cependant l'introduction du cathéter avait été facile et non douloureuse; l'exploration de la vessie n'avait point, non plus, provoqué de douleurs : de sorte qu'il était possible qu'il n'y eût pas un rapport immédiat entre cette opération et la manifestation de la douleur dans la région du rein. Au moment de son invasion, cette douleur s'était propagée le long de l'uretère, dans le testicule et dans la cuisse du même côté; mais elle était maintenant bornée à la région rénale. Du reste, le rein gauche ne paraissait pas avoir des dimensions plus considérables que dans l'état sain. La vessie n'était point douloureuse à la pression et n'était point distendue. La prostate, explorée par le rectum, n'était point volumineuse; il n'y avait point d'hémorrhoïdes.

La persistance de l'hémorrhagie depuis trois mois; l'absence

de douleurs dans la région du rein et dans celle de la vessie pendant plusieurs mois, et leur apparition depuis quelques jours seulement; l'absence de graviers, de matières purulentes ou puriformes dans l'urine; enfin l'absence des autres signes propres à la néphrite ou à la pyélite, ne permettaient pas de rapporter cette hémorrhagie à une lésion inflammatoire du rein. D'un autre côté, l'âge du sujet et l'absence d'une tumeur dans la région rénale, éloignaient l'idée d'un cancer; l'existence d'un fongus de la vessie paraissait encore moins probable. L'époque éloignée à laquelle avaient eu lieu les épistaxis, et l'absence de toute autre hémorrhagie que celle des voies urinaires, ne permettaient pas de s'arrêter à la pensée d'une maladie hémorrhagique analogue au purpura. Les cas d'hématurie essentielle, marchant vers une terminaison fatale, étant des plus rares, je restai incertain sur la nature de ce cas, tout en inclinant vers l'hypothèse d'une lésion matérielle.

Lors de l'entrée du malade à l'hôpital, M. Guersent avait fait pratiquer une saignée du bras; des limonades, le ratanhia, des applications réfrigérantes, et d'autres moyens encore avaient déjà été employés inutilement dans le but d'arrêter l'hémorrhagie. On n'avait pas mieux réussi en appliquant un moxa sur la région rénale gauche et en faisant des injections alumineuses dans la vessie. Tout présageait une mort prochaine, et elle eut lieu le 17 septembre. J'assistai à l'autopsie du cadavre, qui fut faite le lundi 19, à neuf heures du matin, et je m'empressai de rédiger les résultats de l'autopsie.

État extérieur. Décoloration profonde de la peau, qui est d'un blanc jaunâtre. Point de contracture des membres; la bouche est pleine d'écume.

Tête. Le cerveau est assez consistant, mais humide; à la coupe, le pointillé formé par les vaisseaux divisés est rose pâle. Des caillots fibrineux existent dans les sinus cérébraux de la base du crâne. Le cervelet est sain comme le cerveau.

Poitrine. Les poumons sont pâles et fortement engoués de sérosité qui flue à la section et surtout à la pression. Les bronches n'offrent point de rougeur; les veines pulmonaires contiennent des caillots fibrineux. Il n'y a pas de sérosité dans la

plèvre droite ni dans le péricarde; mais il y en a environ une demi-pinte dans la gauche. Le cœur présente une dilatation assez remarquable du ventricule gauche. Les valvules sont saines. Les cavités des oreillettes contiennent des caillots fibrineux.

Abdomen. Le foie, assez volumineux, dépasse les fausses côtes de trois travers de doigt, surtout près de l'épigastre; la rate est saine; l'œsophage est sain; l'estomac est énormément dilaté par des gaz, et les veines gastriques se dessinent à travers ses parois sous la forme de lignes bleuâtres, formées par l'imbibition de sang transsudé; la membrane muqueuse de l'estomac est ramollie. Ces phénomènes paraissent dus à la putréfaction. Les veines intestinales sont aussi très apparentes sur plusieurs portions de l'intestin grêle. Le gros intestin n'offre rien de particulier. Le pancréas est sain.

Le rein gauche, plus volumineux que dans l'état normal, pèse environ cinq onces; la membrane fibreuse en est tellement adhérente en plusieurs points, qu'on ne peut la séparer du rein sans en déchirer la surface. Extérieurement, la substance corticale est généralement décolorée, et sur quelques points elle est d'un blanc mat jaunâtre, sans offrir la plus légère trace des petits polygones veineux qu'on observe à la surface du rein sain. Cette anémie, légèrement jaunâtre, était tout-à-fait analogue à celle que j'ai observée dans plusieurs cas de néphrite chronique. On observe en outre à la surface du rein plusieurs dépressions irrégulières à fond rougeâtre, comme à la suite des néphrites. Il y a dans le bassinet trois caillots fibrineux, vermiformes.

A la coupe, la substance corticale est, sur plusieurs points, d'un jaune morbide. La substance tubuleuse n'est point sensiblement altérée. Quant à la membrane muqueuse du bassinet, elle est trois fois au moins plus épaisse que dans l'état naturel. La surface en est rugueuse, inégale, d'une teinte jaunâtre, parsemée de petits points rouges. Les orifices de plusieurs calices sont évidemment rétrécis. Il n'y a sur la membrane interne du bassinet ni déchirures, ni ulcérations qui eussent pu fournir l'hémorrhagie. Le rein placé sous l'eau, de l'air insufflé dans

la veine rénale s'échappe seulement par les ouvertures de ce vaisseau produites par la section ; il n'y a d'ailleurs dans le bassinet aucune ouverture accidentelle par où le sang artériel ou veineux ait pu jaillir. L'uretère de ce côté est plus dilaté que celui du côté droit, et la membrane muqueuse, jusque près de la vessie, offre une altération analogue à celle du bassinet.

Le rein droit, décoloré, de dimension ordinaire, pèse quatre onces environ, et n'offre pas de taches jaunes, ni de dépressions comme le rein gauche. A la coupe, les deux substances paraissent saines. La membrane muqueuse du bassinet est épaissie, granulée à sa surface. Cette altération se continue dans le commencement de l'uretère. La veine rénale droite ne contient pas de caillots ; mais il en existe un petit dans celle du côté gauche. Les capsules surrénales sont saines. La vessie contient peu d'urine, non sanguinolente, sans mucus apparent, sans caillots fibrineux. Sur la membrane muqueuse, on voit deux petites taches rouges, éloignées des orifices des uretères. Dans tous les autres points, elle a son aspect normal.

En résumé, les altérations observées chez cet homme prouvent qu'il a succombé à une hémorrhagie rénale, puisqu'il existait des caillots fibrineux dans la cavité du bassinet du rein gauche. Le rein droit, le bassinet et l'uretère du même côté ne contenaient point de caillots, et on ne peut dire si une partie du sang était fournie par ce rein.

L'augmentation de volume du rein gauche, les dépressions observées à sa surface, l'anémie jaune d'une partie de la substance corticale, l'épaississement et l'aspect de la membrane muqueuse du bassinet, étaient le résultat d'une inflammation chronique, à laquelle l'hémorrhagie avait probablement succédé, sans en être une dépendance. L'examen de la vessie a prouvé qu'elle n'avait aucune part à l'hémorrhagie.

§ 774. Des cas analogues au précédent sont très rares ; mais, si on considérait comme *essentielles* toutes les hématuries qui ne peuvent être rattachées, pendant la vie des malades, à une affection locale ou générale déterminée, il me serait facile de rappeler plusieurs exemples de semblables hémorrhagies.

Ainsi, Horst (1) rapporte qu'un enfant âgé de 8 ans, d'une constitution grêle, ayant habituellement peu d'appétit et une soif insatiable, pissait très souvent du sang sans éprouver aucune douleur aux lombes, ni même en urinant.

D'autres cas sont peut-être encore plus concluans; je veux parler de certaines hématuries survenues après des *accès de colère*. Joseph Peigne, âgé de 66 ans, fut reçu dans les salles de l'hospice de Bicêtre, pour y être traité d'un pissement de sang assez considérable, survenu presque immédiatement *après un violent accès de colère*. Des douleurs hypogastriques des plus vives avaient précédé l'apparition du sang; le malade s'était plaint aussi de ténesme du côté de la vessie, de chaleur et de douleur dans toute la longueur du canal de l'urèthre. Le sang rendu par les urines était d'abord assez rouge, après quoi il prit une couleur beaucoup plus foncée; *la région des reins était le siége d'une pesanteur insolite* et d'une chaleur assez prononcée; le malade disait aussi y éprouver de temps à autre quelques douleurs assez vives. On prescrivit le repos au lit, la diète absolue, l'usage des bains chauds, et de tisanes mucilagineuses. Le lendemain, on eut recours à une application de sangsues dans la région du périnée, et on continua d'ailleurs les autres moyens prescrits la veille. Le troisième jour, le malade éprouvait déjà un mieux très marqué, ses urines contenaient moins de sang. Il n'éprouvait plus autant de ténesme, ni de chaleur du côté de la vessie. Le jour suivant, le mieux se soutint, et cependant on ne se relâcha pas de la sévérité du régime; les tisanes mucilagineuses furent continuées. Le cinquième jour, le malade était comme en parfaite santé, ses urines sortaient librement et sans aucune espèce de douleurs, elles ne contenaient plus aucune quantité de sang; plus de ténesme, plus de chaleur, plus de pesanteur dans la région lombaire; l'appétit se prononce, et le malade demande des alimens. On commence par lui accorder quelques potages; après

(1) Horst. *Opera medica*. Lib. IV. De morbis infimi ventris, pag. 225. Obs. XLI. Goudæ, in-4., 1661.

quoi, on lui permet des alimens plus solides. Il sort des salles et reprend ses occupations accoutumées (1).

§ 775. Je n'ai point observé d'hémorrhagies rénales *périodiques*, et à en juger par le très petit nombre de faits connus, si on excepte les cas d'hémorrhagies *supplémentaires*, soit des règles, soit des hémorrhoïdes, et les cas d'hématuries liés à des fièvres intermittentes, les cas d'hématurie périodique doivent être extrêmement rares.

G. Frank (2) affirme que de Houest lui rapporta avoir vu, à Sédan, un boucher, qui, tous les mois, rendait du sang par la verge. Cette circonstance ayant été divulguée, elle excita un tel dégoût, que personne ne voulut plus aller acheter chez lui.

Salmuth cite un fait analogue (3).

Plusieurs autres auteurs parlent de cas pareils, sans rapporter les détails nécessaires. Ainsi, on lit encore dans Chopart (4) un exemple d'hématurie, à période *mensuelle*, qui fut com-

(1) *Journal général des hôpitaux civils et militaires*. In-fol., 7 janvier 1829, t. II, p. 27.

(2) *Ephemer. nat. cur.*, dec. II, ann. VI, ob. 83, p. 174.

(3) Un ministre protestant était sujet depuis plusieurs années à une hématurie periodique, comme menstruelle. Cette hémorrhagie étant devenue plus abondante et paraissant à des époques incommodes, le pasteur demanda, pour la guérir, un remède à une certaine femme. Celle-ci lui prépara une potion dont elle lui garantit le succès pour le rétablissement de la santé. Le ministre la prit, et l'écoulement de sang fut supprimé ; mais, bientôt après, le malade fut saisi d'oppression, d'une grande difficulté de respirer, et mourut peu de jours après (Salmuth. *Cent.*, obs. 47). Christophe Burgmann dit aussi avoir observé un pissement de sang périodique dans une femme.

(4) Chopart, *Traité des maladies des voies urinaires*, t. II, p. 58. — Cette observation a été rapportée avec moins de détails dans le *Bulletin des sciences médicales*, juin 1809. Lebœuf raconte un cas plus extraordinaire encore ; c'est celui d'un jeune berger qui, depuis deux ans, était sujet à une évacuation de sang par la verge et dont les retours étaient réglés comme ceux de la lune. Cet écoulement durait deux jours et donnait environ quatre onces de sang vermeil. Le retour de cet écoulement n'était précédé d'aucune douleur, soit dans les reins, soit dans les parties de la génération ; il commençait ordinairement à se manifester dans la nuit. Cet individu, dont les seins étaient très développés, n'était pas le seul qui fût sujet à cet écoulement pé-

muniqué à la Société médicale d'Emulation, en 1809, par le docteur Chaumeton.

Le nommé Grosjean, soldat, né en 1778, tomba, à l'âge de 19 ans, dans un état de langueur, d'abattement et de malaise, semblable à celui qui précède, chez les filles, la première éruption menstruelle. Une tumeur parut à la région hypogastrique; quinze jours après, elle s'accompagna de douleurs, et il se manifesta une dysurie insupportable. L'opération de la sonde ayant été pratiquée, il sortit une grande quantité d'urine mêlée de sang en partie fluide et en partie coagulé. Alors la tumeur hypogastrique, la douleur et la dysurie disparurent comme par enchantement. Depuis ce temps, Grosjean a toujours joui d'une bonne santé, et chaque mois, il rend par l'urèthre dix à douze onces d'un sang très pur. Cet écoulement a la plus grande analogie, ou plutôt une identité parfaite avec le flux menstruel: des phénomènes semblables en précèdent, accompagnent et suivent l'apparition, et il est influencé par les mêmes circonstances. C'est ainsi qu'une fois, entre autres, cet homme, à l'époque de son écoulement périodique, fut obligé de traverser une rivière à la nage; le flux se supprima, le malade éprouva une vive douleur aux lombes, une céphalalgie cruelle, et resta six mois faible et languissant, tourmenté par des nausées, des vomissemens et de fréquentes attaques de dysurie, qui exigeaient l'emploi de la sonde, et se terminaient par l'évacuation d'une urine sanguinolente. Grosjean est d'un

riodique; il avait un père et quinze frères qui, comme lui, avaient régulièrement tous les mois un écoulement sanguin par la verge (*Journal de méd.*, t. v, 1756, p. 280).

Le docteur Joullietton rapporte un cas tout-à-fait analogue au précédent:

Jean Béroche, de la commune de Bonat, arrondissement de Guéret, conscrit de 1814, est sujet depuis l'âge de 15 ans, à une hémorrhagie périodique et régulière par la verge. Elle se renouvelle du 25 au 30 de chaque mois et dure trois à quatre jours. Ce jeune homme est d'une constitution grêle et faible. Sa conformation se rapproche un peu de celle de la femme; il a les cuisses un peu plus écartées, le bassin un peu plus évasé, et la poitrine plus resserrée que ne le comporte son sexe (*Journal de médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer. avril, 1813, p. 329).

tempérament lymphatico-sanguin, comme la plupart des femmes; il possède d'ailleurs tous les attributs de la virilité: est grand, vigoureux, a la voix mâle, la figure ornée de barbe, les mamelles non proéminentes, les parties de la génération très bien développées; il est marié et père de deux enfans sains et robustes.

§ 776. Pierre Frank cite le cas suivant comme un exemple de *déviation des règles* par les voies urinaires.

Une femme, d'une constitution faible, qui perdait abondamment deux fois par mois, mère cependant de sept enfans venus à terme, jouissait depuis trente ans d'une assez bonne santé; elle ne se plaignait que d'une faiblesse dans les reins. A l'époque où les règles avaient coutume de paraître, elle éprouva un léger mouvement fébrile, avec chaleur le soir, rémission dans la matinée. Au bout de deux jours, ces symptômes se dissipèrent, sans amener l'écoulement menstruel. Il se manifesta une douleur très forte aux lombes, avec tension, sentiment général de faiblesse, surtout dans les extrémités inférieures, qui refusaient de soutenir le corps; amertume de la bouche, nausées, vomituritions. Bientôt elle ressentit de fréquentes envies d'uriner; l'urine s'écoulait en petite quantité à-la-fois, sans ardeur, mêlée de sang; son accumulation dans la vessie occasionait un sentiment de pesanteur vers les parties génitales, et après son excrétion, le sang se précipitait en abondance au fond du vase. Ces symptômes continuaient depuis dix jours, lorsque son médecin lui prescrivit une saignée et un laxatif avec la pulpe de casse. Ces remèdes les firent disparaître, à l'exception de l'hématurie, qui éprouva seulement une diminution. C'est à cette époque que la malade se fit transporter à l'Institut Clinique; elle présenta à notre examen les symptômes suivans: couleur livide à l'angle interne des yeux; rougeur des joues; gencives fongueuses et saignantes au moindre frottement, décollées; dents vacillantes; haleine fétide; sécheresse de la peau; douleur à la région des reins; sentiment de suffocation par intervalles; pouls petit, sans être fréquent; quantité considérable de sang dans les urines. On prescrivit l'émulsion arabique et le petit-lait pour boisson. Le soir, la

malade fut tranquille. Le lendemain matin, elle remplit un grand vase d'urine ; la partie la plus épaisse du sang fournit un dépôt considérable ; la sérosité surnageait au-dessus du caillot comme de l'huile. On mit la malade à l'usage d'une décoction de quinquina, et de l'eau aiguisée avec de l'acide sulfurique.

Le troisième jour de l'entrée à la Clinique, urines rendues en plus grande quantité, avec les mêmes caractères ; quelques douleurs dans les lombes ; pouls petit et fréquent (*Décoction de quinquina ; petit-lait aluminé ; régime plus nourrissant*). Après dîner, légère horripilation ; quatre selles accompagnées de l'excrétion des urines ; douleurs qui s'étendent d'une hanche à l'autre. Le soir, sueur ; la quantité de sang est moindre ; les douleurs des hanches disparaissent.

Le quatrième jour, pouls presque naturel (*Mêmes remèdes*).

Le cinquième jour, la malade remplit deux vases d'urine : au fond du premier, on voit une petite quantité de sang noirâtre, et sorti depuis long-temps de son vaisseau ; le second contient un sédiment puriforme. Il survient dans l'hypochondre gauche une douleur qui augmente par la pression ; mais la sueur et deux selles qui paraissent le soir, dissipent ce symptôme.

Au bout de quelques jours, cette femme sort de la Clinique parfaitement rétablie.

§ 777. Il faut rapprocher de cette observation le fait suivant raconté par Chopart :

Obs. III.— Guérison d'un ancien ulcère, suivie de divers accidens; apparition des règles vers la vingt-neuvième année; hématurie suspendant les règles pendant plusieurs mois. Retour des règles; puis nouvelle hématurie suivie d'une nouvelle suspension des règles. Ces alternatives se répètent pendant longues années; mort à 51 ans; absence de lésions matérielles dans les voies urinaires (Chopart. *Traité des mal. des voies urinaires*, t. II, p. 58).

« Une demoiselle, qui n'était pas encore réglée à l'âge de 17 ans, eut, à la partie antérieure et inférieure de la jambe droite, un ulcère variqueux qui fournissait du sang tous les mois pendant trois ou quatre jours. Tant que dura cet écoule-

ment, elle jouit d'une parfaite santé. Onze ans après cette première époque, le tibia, qui était dénudé, s'exfolia, l'écoulement sanguin s'arrêta, l'ulcère guérit. Il survint alors des maux de tête, des anxiétés, et surtout, par intervalles, cet orgasme qui annonce et prépare les évacuations critiques. Les saignées, les fomentations, les martiaux, les boissons gazeuses, etc., n'eurent d'autre effet que d'occasioner, ou au moins de favoriser une sorte d'éruption érysipélateuse sur tout le corps, laquelle cessa au moyen de quelques saignées, tant du bras que du pied. Vers la vingt-neuvième année, les règles parurent, mais elles furent peu copieuses, elles gardèrent entre elles des intervalles de cinq à six mois. La malade traînait alors une vie languissante; la digestion était difficile, le sommeil agité, avec des bourdonnemens dans la tête. A 33 ans, elle faisait encore usage des apéritifs et des martiaux, à cause de l'irrégularité de ses règles et de leur petite quantité. Un pissement de sang assez léger leur succédait et continuait alternativement pendant trois ou quatre mois. Il augmentait successivement sans aucune interruption; puis il s'arrêtait, et les règles reparaissaient. Cet état a duré près de dix-huit ans. La malade a pris beaucoup de remèdes pour arrêter le pissement de sang: les pilules alumineuses, les boissons acidulées avec l'eau de Rabel. Lorsque cet écoulement, par les voies urinaires, s'arrêtait ou diminuait, elle éprouvait des douleurs violentes à la tête, un sentiment gravatif dans tous les membres; elle avait alors recours à des pilules savonneuses qui rappelaient cette espèce de flux naturel. On lui donna aussi des antiscorbutiques : cependant ses gencives étaient fermes et saines, ses dents blanches et bien affermies dans leurs alvéoles, il ne paraissait sur son corps ni taches exanthématiques, ni marques d'ecchymoses, et le sang qui s'écoulait avait une louable consistance. Agée de 45 ans, cette demoiselle s'est mariée, et a continué l'usage de différens remèdes pour arrêter le pissement de sang. Quelque temps après, elle perdit le sommeil, elle eut des envies fréquentes d'uriner; sa peau était sèche; la fièvre survint avec des frissons, les agitations du corps furent plus considérables. Les urines, qui étaient rare-

ment claires, ne donnaient pas de sédimens graveleux. La malade se plaignait souvent d'une pesanteur dans les lombes; qui s'étendait vers la région hypogastrique. Elle consulta M. François, chirurgien à Pontigny, en Champagne. Il porta une sonde dans la vessie, et n'y reconnut pas de pierre. Les douleurs devinrent violentes par la difficulté de rendre les urines; leur cours fut intercepté par des caillots de sang; on en procura la sortie au moyen d'une algalie qu'on laissa dans la vessie pendant plusieurs jours. Pensant que le pissement de sang provenait d'un ulcère variqueux de ce viscère, on y fit des injections avec une décoction d'orge, de lin, de miel rosat, et un peu d'eau-de-vie, ce qui procura quelque soulagement. Lorsque le sang recommençait à couler en abondance, il se reformait des caillots, qui, s'engageant dans l'urèthre, interceptaient la sortie des urines, et nécessitaient l'introduction de la sonde. Malgré les pertes de sang par les voies urinaires, cette femme a conservé son embonpoint; mais il avait une apparence morbifique; la peau était pâle et la graisse mollasse. Elle est morte à l'âge de 51 ans. A l'ouverture de son corps, on n'a trouvé aucune marque d'affection particulière. La vessie était petite : elle contenait environ trois onces d'urine brunâtre. Il n'y avait ni ulcération, ni fongus, ni varices. Les autres voies urinaires étaient saines. Les vaisseaux rénaux ont seulement paru plus volumineux qu'à l'ordinaire. »

§ 778. Dans l'observation suivante, il y a sans doute plus d'une incertitude à l'égard de la nature et du siège de l'hématurie; mais, d'un autre côté, le fait de l'existence antérieure d'épistaxis habituelles, auxquelles succèdent plus tard une hématurie dont les attaques se renouvellent fréquemment pendant plusieurs années, m'a déterminé à rapprocher ce cas des hématuries *supplémentaires*.

Durand, âgée de 49 ans, marchande des quatre saisons, entra, le 28 novembre 1836, à l'hôpital de la Charité.

Cette femme raconte qu'elle fit, à l'âge de 10 ans et demi, une chute sur des échalas, et l'un de ces échalas la blessa aux parties génitales. A la suite de cet accident, elle eut une incontinence d'urine. A part cette infirmité et les hémorrhagies dont

nous allons parler, jamais elle n'était malade. Elle vivait à la campagne, gardant les vaches ou ramassant du bois dans la forêt.

La menstruation, peu abondante, et qui durait de deux à quatre jours, se fit toujours régulièrement depuis l'âge de 15 ans jusqu'à l'âge de 34 ans. A 20 ans, sans cause connue, cette femme fut prise d'épistaxis qui persistèrent jusqu'à l'âge de 30 ans. Elle affirme que, pendant cette longue période, elle rendit, presque tous les jours, un verre ou un demi-verre de sang. Ces hémorrhagies altérèrent fort peu sa santé. Quelquefois seulement, elle était pâle et affaiblie momentanément. Elle se maria à 29 ans, et n'eut pas d'enfans. Les épistaxis cessèrent à 30 ans, sans que leur suppression déterminât, pendant trois à quatre années, aucun changement défavorable dans l'économie.

Jusqu'alors l'incontinence d'urine avait été le seul accident du côté des voies urinaires : toutefois, de temps à autre, la malade éprouvait dans la région de la vessie et de l'utérus des élancemens douloureux, mais jamais de douleurs dans les reins, jamais de sang ni de glaires dans l'urine; quelquefois il y avait une assez forte proportion de sable.

A 34 ans environ survint une hématurie qui se renouvela tous les jours pendant six mois. Cette hématurie ne put être attribuée à aucune cause évidente; elle cessa pendant deux ans, puis reparut pendant cinq, puis cessa une année; et, depuis un an, elle disparaît une huitaine ou une quinzaine de jours, pour reparaître pendant autant de temps. Ni sa mère, ni sa sœur, ni son père, n'eurent jamais d'hémorrhagie pareille. Quant à elle, jamais elle n'eut d'hémorrhoides, ni d'hémoptysie, ni d'hématémèse; point de taches à la peau, point d'altération scorbutique des gencives.

Quelquefois le sang se coagule dans la vessie; alors il y a rétention, et la malade a coutume d'exposer les parties génitales à la vapeur de l'eau de morelle et de tête de pavot, et les urines reparaissent, entraînant avec elles des *caillots qui ont la forme de sangsues*.

Elle n'a pas remarqué que le retour de l'hématurie fût déterminée par aucune action extérieure, évidente.

Point de douleur à la région des reins ou le long des uretères, même à la pression ; élancemens dans la vessie.

Par le toucher vaginal, on apprécie le volume de l'utérus, qui paraît petit; les lèvres du museau de tanche sont lisses, égales, d'une bonne consistance. L'espace qui sépare le clitoris de l'orifice de l'urèthre semble plus allongé qu'à l'ordinaire, et présente comme un tissu blanchâtre parfois inégal (traces d'anciennes cicatrices). L'orifice de l'urèthre, situé très bas et fort en arrière, est comme perdu au milieu de cinq ou six végétations dures, grosses, disposées en rayons, qui n'ont nullement l'aspect des végétations syphilitiques, et qui ont une grande dureté. En faisant uriner la malade, on voit le liquide suinter du milieu de ce champignon, et on peut avec beaucoup de peine introduire la sonde. Cette sonde, introduite évidemment dans la vessie, puisque l'urine s'échappe de son extrémité, n'a pas une direction droite; il semble que le canal de l'urèthre soit dévié. La vessie a un volume normal, et les mouvemens de la sonde, bien que très douloureux, ne font apprécier aucune tumeur, ni aucune altération organique de ce réservoir.

Les urines sont rendues en une vingtaine de fois par vingt-quatre heures : elles sont troubles et abondantes, et de plus contiennent une proportion assez considérable de sang ; elles sont acides, et ont une odeur urineuse très prononcée. Traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles donnent une légère proportion d'albumine. Les règles n'ont pas paru depuis l'âge de 34 ans.

Les digestions sont bonnes ; les selles régulières.

La santé générale ne semble pas très altérée ; il y a seulement de la pâleur et de l'amaigrissement.

Dès le lendemain, la proportion du sang diminua, et, trois jours après, les urines avaient la couleur normale. Par l'acide nitrique, elles passent rapidement au rose, et se troublent un peu.

Le 6 décembre, l'hématurie ayant cessé complètement sous l'influence du repos et du régime, cette femme quitta l'hôpital. Je l'ai revue depuis, et elle m'a assuré que le pissement de sang continuait à se reproduire de temps à autre.

§ 779. On a aussi désigné sous le nom d'hématuries ***supplémentaires*** certains pissemens de sang survenus après une suppression du flux hémorrhoïdal, et qui le plus souvent affectent dans leur retour une certaine régularité. Chopart (1) cite le fait suivant d'après les *Actes des curieux de la nature:*

Un homme de lettres, âgé d'environ 53 ans, qui avait beaucoup d'embonpoint, et dont le tempérament tendait à l'affection hypochondriaque, eut pendant un grand nombre d'années un flux hémorrhoïdal modéré, qui, loin de l'incommoder, contribuait au bon état de sa santé. Cette évacuation s'arrêta d'elle-même. Il eut pendant l'automne un frisson et des mouvemens fébriles accompagnés d'inflammation aux amygdales. Après une saignée du bras, il parut soulagé; mais la nuit suivante, il lui survint un pissement de sang : il en rendit plus d'une livre sans aucun mélange d'autre liqueur, sans aucun sentiment de pesanteur ni de tension douloureuse au foie, aux reins et à la région hypogastrique. Ce phénomène jeta le malade dans la plus grande consternation. Les trois jours qui suivirent, son urine ressemblait à de l'eau dans laquelle on aurait lavé des chairs d'un animal nouvellement tué; l'excrétion ne pouvait s'en faire sans qu'il ne ressentît des douleurs aiguës à la verge : l'urine s'arrêtait quelquefois tout-à-coup, et ne sortait plus que goutte à goutte, comme dans la strangurie, ce qui fit présumer au malade qu'il avait une pierre dans la vessie. Il usa pendant quelque temps de remèdes émolliens, puis de lithontriptiques, et il n'en reçut aucun soulagement. Enfin, l'ardeur et les douleurs s'étant fait sentir plus vivement encore qu'auparavant, il rendit en urinant quantité de caillots de sang, qui ressemblaient par leur forme à des foies de brochet. L'instant d'après, toutes ses douleurs cessèrent, l'urine parut claire et colorée comme dans l'état naturel, sans aucun mélange de sang. Le malade se crut guéri; mais il se flatta trop tôt, car deux mois après, cette difficulté d'uriner, accompagnée d'un sentiment douloureux, lui revint comme la première fois.

(1) Chopart. *Des mal. des voies urinaires*, t. II, p. 60. — *Ephem. nat. cur.* Dec. I, ann. VIII, Obs. XXIII, p. 42.

Il a été sujet à cette incommodité, sans que les retours eussent des périodes réglées et que les symptômes fussent les mêmes. Il rendait d'abord une grande quantité de sang pur et brillant, sans mélange d'urine, sans douleurs de reins : ce sang se coagulait très promptement. L'urine paraissait ensuite teinte de sang noir, et ne changeait de couleur que lorsque les caillots étaient sortis de la vessie. Il est inconcevable combien le malade en a rendu par cette voie. Il a pris différens remèdes : des styptiques, des astringens, des consolidans, des altérans, sans en éprouver aucun soulagement. Les saignées n'ont pas mieux réussi. Ce qui a paru surprenant, c'est que l'hémorrhagie était d'autant plus abondante, que les saignées étaient plus fréquentes. L'application de sangsues ne lui a pas été plus utile; c'est pourquoi on lui conseilla de s'abstenir de tout remède et de laisser agir la nature. On jugea que cette hémorrhagie était une crise salutaire qu'il était dangereux d'arrêter, la surabondance de sang pouvant, par l'effet des remèdes, se porter sur quelque viscère et mettre le malade en danger de périr. Il abandonna le soin de sa guérison à la nature. Depuis ce temps, à l'exception de cette hémorrhagie, sa santé a été aussi bonne qu'elle pût être, jouissant d'un sommeil tranquille et de toutes ses fonctions naturelles comme dans l'état le plus désirable. Les retours du pissement de sang étaient annoncés par une pesanteur dans tous les membres, par un sentiment de tristesse et de mélancolie; mais, dès que l'hémorrhagie cessait, ces symptômes disparaissaient, et le malade reprenait sa gaîté ordinaire. »

§ 780. Latour d'Orléans (1) rapporte aussi un cas d'hématurie supplémentaire d'hémorrhoïdes; le malade fut traité avec succès par les fleurs de soufre. Un autre cas d'hématurie remplaçant un flux hémorrhoïdal supprimé, rapporté par le docteur Chastaingt (2), a quelque ressemblance avec ces observations; mais il paraît que les attaques, ou plutôt les paroxysmes de l'hématurie, étaient bien moins régulières.

(1) Latour. *Traité philos. et méd. des hémorrhagies*, t. II, p. 25.

(2) *Nouvelle bibliothèque médicale*, 1826, t. IV, p. 362.

Les saignées, loin de diminuer l'hémorrhagie, l'aggravèrent.

L'auteur de l'observation suppose que la source du sang était dans la vessie, dont les veines seraient devenues variqueuses.

§ 781. Voici deux observations non moins curieuses et qui appartiennent à une autre série de faits :

M. Elliotson (1) a vu, chez une personne, qui avait eu antérieurement une fièvre d'accès, une hématurie *intermittente* guérie par le sulfate de quinine. Le sang était toujours rendu dans la période de froid. Un cas analogue est rapporté par le docteur Gergères (2) : un jeune homme, capitaine de navire, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut pris pendant deux heures de frissons très vifs, après lesquels se développa une forte chaleur : pendant cette période, le malade eut besoin d'uriner; mais, au lieu d'urine, il rendit par l'urèthre une grande quantité de sang. Quelques heures après, une sueur s'établit, et le malade se crut guéri. Le lendemain, à la même heure, retour des mêmes accidens fébriles et de l'évacuation du sang. M. Gergères prescrit un traitement émollient tant interne qu'externe. Les symptômes cédèrent encore à la même heure que dans le premier accès. Le troisième jour, les mêmes phénomènes se reproduisirent encore avec plus de violence. Dès-lors on s'empressa, vers la fin de l'accès, d'administrer le sulfate de quinine à la dose de vingt-cinq grains; ce moyen mit fin à tous les accidens, et en empêcha le retour.

Antérieurement, Stewart (3) avait publié l'observation d'une hématurie *périodique*, traitée sans succès, depuis huit mois, par la diète et le régime antiphlogistique, et qui guérit dans l'espace de trois mois par le quinquina et les toniques. Le sixième mois de ce traitement, le malade était complètement rétabli.

§ 782. On a vu des hématuries survenir vers la fin des ma-

(1) Naumann, *Handbuch der medicinischen Klinik*, B. VI, S. 52.

(2) *Journal de la Société royale de médecine de Bordeaux*, 2e livrais., 1837. — *Gazette méd. de Paris*, 1838, p. 151.

(3) *Comment. med. Opera periodica dei cittadini* Brugnatelli et V. H. Brera. — *Recueil périodique de Sédillot*, t. III, p. 144.

ladies aiguës et leur servir de *crise*. Foreest rapporte l'observation suivante, d'après *Amatus Lusitanus* · Un jeune homme très robuste et très coloré, atteint d'une fièvre inflammatoire très intense, avait été plusieurs fois saigné, jusqu'au septième jour, pendant le traitement de cette maladie. Ce jour même il urina beaucoup de sang. Amatus, appelé par les parens qu'effrayait un tel accident, conjectura d'après l'état du malade qu'il s'était opéré une *crise* salutaire par les voies urinaires. Il tranquillisa les assistans, et prédit une guérison prochaine, qui eut en effet lieu peu de jours après (1).

Plus rarement, on a vu des maladies anciennes et rebelles, telles que des accès d'asthme, cesser après une hématurie de quelques jours de durée. Latour (2) rapporte le fait suivant : « M. de Cossoles, âgé d'environ 40 ans, était atteint d'asthme, et n'en était incommodé que dans son lit. Aussitôt qu'il se couchait, il éprouvait une grande oppression, une toux continuelle et une expectoration si abondante, que les forces se seraient épuisées dans les premiers paroxysmes, si le malade s'était obstiné à rester dans son lit; dès-lors la source de crachats aurait été inépuisable, et la faculté de s'en débarrasser aurait manqué. Aussi, dès l'insulte d'une forte dyspnée, il quittait son lit, et, quelques instans après, tous les accidens disparaissaient; ainsi le malade pouvait provoquer son asthme en se couchant, et l'arrêter en se levant. Il avait consulté beaucoup de médecins sur cette affection déjà ancienne; les béchiques incisifs de toute espèce lui avaient été donnés inutilement; on avait employé en vain les révulsifs irritans sur divers endroits sympathiques de la poitrine, ainsi que les purgatifs, les diurétiques, les diaphorétiques et même les calmans. Un docteur voulut faire l'essai du quinquina, à cause du périodisme nocturne de l'asthme; les remèdes antérieurs n'avaient pas rempli l'objet qu'on s'en était proposé; celui-ci fit beaucoup de

(1) Voyez : un cas de pneumonie terminé par une hématurie, t. 1, p. 579, 580, 582.

(2) Latour, *ouvr. cité*, t. ii, p. 128.

mal. De lui-même le malade songea à prendre l'habitude de ne plus se coucher : il établit dans sa chambre un fauteuil de repos. La toilette de nuit était une camisole et un pantalon d'une peau d'agneau apprêtée, dont la laine en dedans tenait le malade très chaudement. Il prit tellement l'habitude de passer ainsi les nuits, que jamais il ne se coucha dans son lit pendant plus de dix-huit mois ; c'est ainsi qu'il pallia sa maladie, sans pouvoir en déraciner le principe. Il éprouvait toujours une disposition à l'asthme ; mais il tenait le moyen d'en prévenir les paroxysmes, et de se préserver, par conséquent, de ses grands accidens. Sans cause connue, après une aussi longue rémission, il ressentit tout-à-coup des douleurs vives des reins, et une strangurie violente qui le fit beaucoup souffrir, et qui nous fit juger que peut-être un calcul en était la cause ; mais ces accidens se terminèrent par une *hématurie*. Dès le moment de l'irritation des reins et de la vessie, sa poitrine reprit ses fonctions faciles, et avec une telle liberté, que couché horizontalement dans son lit, le malade respirait et reposait sans éprouver la moindre gêne. Le jour, il pouvait se promener et monter un escalier, sans exciter sa primitive dyspnée. Je fus appelé, et, considérant attentivement la série des accidens, j'imaginai qu'un mouvement fluxionnaire hémorrhoïdal avait établi, ou des varices, ou un mode congestionnaire quelconque dans le poumon, d'où dépendait l'asthme ; mais jamais le malade n'avait eu des hémorrhoïdes, et De Haen dit : *Conjecturando forte aliquid tolerabile proferimus aliquando*. Cependant l'excitation forte de la vessie, et l'hémorrhagie qui en avait été la suite, avaient guéri l'asthme comme par enchantement. Cette dérivation naturelle dans les voies urinaires, de la cause existant primitivement dans la poitrine, me fit estimer que, pour préserver à jamais le malade de l'asthme, l'art devait ici imiter la nature ; ainsi, l'hématurie déjà à sa terminaison, je conseillai ensuite, tous les quatre mois, pendant plus d'un an, l'application de huit sangsues à l'anus. Je persuadai au malade qu'elles exciteraient une effusion sanguine qui ferait dériver dans les hémorrhoïdes le mouvement fluxionnaire, qui, sans cette précaution, pouvait encore

reprendre sa direction vicieuse vers la poitrine. Il suivit exactement mes conseils. Plus de deux ans et demi ensuite, il éprouva un vomissement de sang considérable. Je le vis fort inquiété de cet accident nouveau. « Docteur, me dit-il, vos soins me sont plus importans que jamais. Jadis j'eus une perte de sang salutaire; vous jugerez celle-ci tout autrement d'après la voie dangereuse qu'elle prend. » Le malade avait éprouvé une fièvre intermittente longue, qui avait déterminé une congestion sanguine à la rate, encore alors très engorgée, mais dont le volume était diminué de moitié depuis l'hématémèse, selon la remarque du malade lui-même. Par conséquent, je ne fis rien pour diminuer cette hémorrhagie, qui me confirma l'opinion que j'avais eu de l'origine hémorrhoïdale de l'asthme. Je me bornai à favoriser les évacuations par les lavemens avec la décoction des plantes apéritives, par l'usage intérieur du petit-lait et du bouillon d'herbes. A mesure que les déjections alvines firent couler le sang, la rate se déprima. Ce flux cessa ensuite de lui-même. Pour en empêcher enfin le retour, ainsi que celui de l'asthme, l'application réitérée de sangsues aux vaisseaux hémorrhoïdaux, les eaux de Ségray, près de Pithiviers, pour boisson ordinaire, celles de Vichy le matin, réussirent bien, et remplirent d'ailleurs l'indication que présentait le dérangement organique de la rate. »

§ 783. *Hématurie endémique des régions tropicales.*

La recherche de la fréquence ou de la rareté de certaines maladies, et en particulier des affections des voies urinaires dans les différentes régions du globe, est une étude aussi intéresante pour le physiologiste qu'instructive pour le pathologiste, surtout si on complète cette étude par la connaissance des modifications plus ou moins profondes que ces maladies reçoivent de l'influence des différens climats. Les praticiens du continent, que le hasard ou leur réputation appelle à traiter ces affections chez des colons venus en Europe, comprennent vite que cette étude n'est point un objet de pure curiosité; car seule elle peut les éclairer sur des circonstances particulières et caractéristiques, relatives à la

nature de ces maladies et au traitement que leur origine exotique rend nécessaire.

S'il en était besoin, ces remarques seraient justifiées par l'étude d'une maladie dont l'existence n'est mentionnée ni dans nos ouvrages classiques de pathologie (1), ni dans les encyclopédies ou les dictionnaires de médecine ; affection que j'ai lieu de croire peu connue du plus grand nombre des praticiens, je veux parler de l'*hématurie endémique* (2) de l'Ile-de-France, de l'Ile-Bourbon et du Brésil, que j'ai observée chez plusieurs colons venus à Paris.

(1) On a lieu d'être étonné que le docteur Marshall ne parle pas de l'hématurie de l'Ile-de-France dans son Esquisse de géographie médicale (*Sketch of the geographical distribution of diseases.* Edinb. med. and surg. journal, t. XXXVI. p. 330).

(2) Je ne sache pas que l'hématurie sous forme *endémique* ait été observée chez l'homme, en France, ni même dans les contrées méridionales de l'Europe; mais on assure qu'on a vu des hématuries régner endémiquement, dans quelques localités, chez les animaux domestiques. Toutefois, il faut distinguer les hématuries réellement *endémiques* et dépendant des *lieux*, de celles qui sont le résultat de certaines nourritures communes à un même troupeau ou aux animaux domestiques d'une même contrée. Ainsi J. P. Frank (*Médecine pratique*, trad. de P. M. Goudareau, t. III, p. 366) assure que le *cystus laurifolius* occasionne le pissement de sang chez les brebis, et que différentes espèces de renoncules produisent le même accident chez les vaches. M. Hurtrel-d'Arboval dit avoir vu toutes les vaches d'une exploitation atteintes d'hématurie pour avoir mangé des feuilles d'if (*Dict. de méd. vétérin.*, art. *Hématurie*). M. J. C. Favre a décrit, sous le nom de *hématurie des feuilles*, un pissement de sang qui a lieu, dit-il, chez le gros bétail surtout au printemps, et qui a pour cause ordinaire le pâturage dans les taillis et les broussailles (*Recueil de méd. vétérin. pratique*, 1837, juillet, août, septembre, etc.).

Chez l'homme, l'hématurie sous forme *épidémique* doit être également fort rare en Europe. A ce sujet, le passage suivant de Reil est la seule observation que je puisse citer : « J'ai vu une fois, dit-il, l'hématurie régner épi-« démiquement comme maladie aiguë. C'étaient surtout des hommes jeunes « et bien portans qui en étaient atteints, du reste sans accidens fâcheux; ils « guérissaient rapidement. » (*Fieberlhere*, t. III, p. 124, 2e édit.).

M. Drouard (*de l'Hématurie dans l'espèce bovine.* Rec. de méd. vétérin. prat., octobre 1837) dit que chez les vaches l'hématurie est très fréquente au printemps, sans l'indiquer comme *épidémique*.

Je vais rappeler brièvement les principales observations faites sur cette maladie par les médecins français qui ont exercé à l'Ile-de-France.

Ch. Chapotin (1) s'exprime ainsi dans sa *Topographie de l'Ile-de-France :*

« A l'Ile-de-France, l'enfant, quel que soit son sexe, est atteint, dès l'âge le plus tendre, d'hématuries qui annoncent la faiblesse de la membrane muqueuse des reins. Chez les uns, elles sont continuelles et légères; chez les autres, elles reviennent par intervalle, avec différens degrés de force : elles sont ordinairement sans douleur et sans aucune lésion de la santé. Il serait dangereux de les supprimer; on doit se borner à fortifier la constitution de l'individu par les moyens connus, surtout par l'usage fréquent des bains froids, de la natation.

« Elles se dissipent ordinairement à l'époque de la puberté, souvent aussi elles se prolongent au-delà de ce terme; elles sont fréquemment remplacées par des attaques de coliques néphrétiques, qui paraissent dépendre tantôt d'une sécrétion muqueuse trop abondante, tantôt de l'engorgement des vaisseaux sanguins de cette partie, ou de la présence de calculs rénaux.

« J'ai vu chez des sujets replets ces organes affectés d'engorgemens sanguins, à l'époque où le système veineux abdominal prédomine chez l'homme; alors suivaient des suppressions d'urine ou des hématuries, actives, très graves, qui n'étaient dissipées que par des saignées copieuses ou par un dégorgement abondant des vaisseaux hémorrhoïdaux, soit naturel, soit produit par des sangsues. Cette maladie était sujette à récidive, et se terminait quelquefois par une néphrite. »

Chapotin rapporte en outre l'observation très curieuse d'un jeune créole qui, après avoir éprouvé dans son enfance un pissement de sang, eut plus tard un pissement d'urine albumineuse et graisseuse. Je reproduirai plus loin cette observation.

(1) Chapotin (Ch.), *Topographie médicale de l'Ile-de-France*, in-4. Paris, 1812.

Un de mes anciens élèves, M. Salesse (1), né à l'Ile-de-France, où il exerce aujourd'hui la médecine avec distinction, a fait connaître, dans sa dissertation inaugurale, plusieurs exemples de cette hématurie endémique, à laquelle il assigne les caractères suivans :

« Les trois quarts des enfans de l'Ile-Maurice (Ile-de-France) en sont atteints. La masturbation, les mets épicés, en sont les causes déterminantes ; la maladie a été aussi attribuée à une mauvaise qualité de l'eau employée pour boisson.

« Lorsque le sang rendu provient des reins (Obs. xii, le malade est sujet aux coliques néphrétiques ; ou il a rendu des graviers, ou bien il peut arriver qu'il n'ait jamais rien éprouvé. L'urine qu'il rend est mélangée avec le sang ; la couleur est la même depuis le premier jet jusqu'aux dernières gouttes ; il rend quelquefois des caillots de sang, et les caillots sortent quelquefois au commencement, tantôt à la fin de ses urines. La seule douleur qu'il ressente se porte à l'extrémité du gland. Après un excès, soit dans les plaisirs de l'amour, soit dans ceux de la table, son urine est plus foncée en couleur ; il en est de même après une longue course, ou le lendemain d'un bal, etc. Il urine peu.

« Quand, au contraire, le sang provient de la vessie, le malade éprouve une douleur assez vive dans cette région et à l'anus ; le périnée est le siège d'une pesanteur et d'une tension désagréables ; le malade n'a jamais rendu de graviers ni eu de coliques : chez lui, les excès peuvent produire l'effet contraire et rendre les urines moins sanguinolentes (Obs. iv). Il éprouve souvent le besoin d'uriner, et à chaque fois il émet une petite quantité d'urine; il est sujet aussi à rendre des caillots de sang; quelquefois le sperme épanché est sanguinolent.

« Les personnes affectées de cette hématurie sont en général d'une faible constitution ; elles ont le teint pâle ».

M. Salesse ne fait pas mention des urines albumineuses graisseuses (*urines laiteuses*, Chapotin, *urines chyleuses*,

(1) Salesse (Antoine-Émilien), *Diss. sur l'hématurie ou pissement de sang*, in-4. Paris, 1834.

Prout) que Chapotin a signalées, et que j'ai moi-même observées à la suite de cette singulière hématurie.

Je mets immédiatement sous les yeux du lecteur plusieurs exemples de cette hématurie.

§ 784. *Première série.— Cas simple d'hématurie endémique.* — Dans les faits de cette première série, l'existence d'une urine habituellement sanguinolente, souvent sans cause occasionnelle appréciable, et sans autres signes de lésions matérielles de l'appareil urinaire, paraît constituer uniquement la maladie.

Obs. IV.— Hématurie continue chez un enfant (Ile-de-France) ; diminution de la perte du sang par le bain froid. — Voyage en France, continuation des accidens. — Santé assez bonne (Docteur Salesse).

M. A. E. avait depuis l'âge de 7 ans une hématurie idiopathique continue. Obligé de beaucoup marcher, il évacuait chaque jour au moins une once de sang avec les urines ; parfois il rendait aussi des caillots qui sortaient, tantôt au commencement de ses urines, tantôt à la fin : jamais il n'a éprouvé de douleurs du côté des reins ; seulement une petite pesanteur au périnée se faisait sentir. Malgré tout ce qu'il fit, l'hématurie continua, sans augmentation. Il remarquait pourtant qu'après un bain froid le sang semblait diminuer. A 21 ans, il fit un voyage en France, avec l'espoir qu'après un séjour de quelques années son hématurie cesserait; point du tout, elle continua, sinon plus fortement, du moins avec une douleur plus grande lorsqu'il urinait. Cette douleur alla en augmentant, et se fixa au périnée, où il éprouva une tension et une pesanteur incommodes. Les envies d'uriner devinrent plus fréquentes, bien que les urines fussent plus abondantes. Sa santé fut en général toujours la même; il ne maigrissait pas : cependant n'ayant jamais tant souffert de son hématurie, il s'en effraya, et alla consulter le professeur Andral, qui lui ordonna une tisane astringente composée principalement de ratanhia. Après huit ou dix jours de cette médication, les douleurs s'apaisèrent, l'urine contint moins de sang; mais il lui survint une fièvre intermittente qui nécessita l'emploi du sulfate de quinine. Sa fièvre

passée, il discontinua le remède prescrit par M. Andral, et son hématurie revint comme auparavant. Pensant avoir une pierre dans la vessie, il consulta le professeur Roux, qui, après l'avoir sondé, lui assura n'avoir rien trouvé : seulement il lui dit que la vessie était très petite. L'exploration de la vessie fut très sensible à M. E. Depuis, il eut plusieurs accès de fièvre intermittente, et à chaque accès les urines devinrent moins rouges. M. E. est toujours dans le même état, il prend d'ailleurs, tous les deux ou trois jours, des bains qui lui font à chaque fois éprouver un grand soulagement.

Chose remarquable, lorsqu'il fait une grande course à pied, qu'il fait un excès de table, ou qu'il se livre avec incontinence aux plaisirs de l'amour, son urine devient claire pour quelques jours; mais alors il éprouve en urinant une légère chaleur ou col de la vessie. Quand il lui arrive d'avoir des pollutions nocturne, la tache que la liqueur séminale laisse à son drap est entourée d'un cercle sanguinolent. M. E. est d'un tempérament bilieux, d'une petite stature; il se plaint de maux de tête quand son écoulement diminue; il ne rend jamais de graviers, ni ne souffre des reins.

Obs. V. — **Hématurie continue depuis l'enfance (Ile-de-France), sans altération notable de la santé (Docteur Salesse).**

M. N. est affecté depuis son enfance d'une hématurie idiopathique continue; il n'a jamais souffert des reins ni de la vessie, et cependant il émet du sang noir avec son urine; très souvent il rend aussi des caillots de sang. Depuis le premier jet jusqu'à la dernière goutte ses urines conservent la même couleur noire. Il est à Paris depuis trois ou quatre ans, et son hématurie est toujours la même : seulement elle tend à augmenter après quelques excès. Il a eu une gonorrhée, qui n'a agi en rien sur son affection. Du reste, il jouit d'une bonne santé; il est d'un tempérament bilieux, d'une figure pâle, et d'une haute stature.

Obs. VI. — Hématurie continue (Ile-de-France), — Voyage en France. — Cessation des accidens qui se reproduisent au retour à l'Ile-de-France (Docteur Salesse).

M. D., pendant qu'il habitait son pays, était affecté d'une hématurie idiopathique continue. Venu en France pour ses études, il vit après quelque temps de séjour son hématurie cesser; elle ne revint pas pendant six à sept ans qu'il resta à Paris; retourné à l'île Maurice, quelques mois après son arrivée son hématurie reparut, et dure jusqu'à présent.

Obs. VII. — Hématurie continue (Ile-de-France). — Voyage et séjour en France. — Cessation des accidens (Docteur Salesse).

M. H., pendant qu'il habitait sa patrie, était atteint d'une hématurie idiopathique continue. Jamais il n'avait souffert de la vessie. Venu à Paris pour faire ses études, après quelques mois de séjour son hématurie disparut, sans qu'il advînt d'accidens : il y est encore, sa santé est fort bonne.

Obs. VIII.—Hématurie continue contractée par un Européen, pendant son séjour à l'Ile-de-France. — Retour en France. — Guérison (Docteur Salesse).

M. L., Européen, habita l'Ile-Maurice pendant quelques années; il fut pris d'une hématurie idiopathique continue qui dura tout le temps qu'il resta dans le pays. De retour en France, il en fut débarrassé; il urine maintenant parfaitement clair sans apparence de sang dans les urines.

Obs. IX. — Hématurie continue (Ile-de-France). — Voyage et séjour en France. — Cessation des accidens (Docteur Salesse).

M. D., pendant qu'il habitait l'île Maurice, son pays natal, était sujet à une hématurie idiopathique continue. Arrivé en France pour faire son droit, son hématurie augmenta considérablement; il consulta le professeur Rostan, qui ordonna de prendre des boissons rafraîchissantes et astringentes. Il n'y a

que peu de temps qu'il en est entièrement débarrassé. Il a deux frères à l'Ile-Maurice, qui sont aussi sujets à cette maladie. Ce jeune homme doit retourner dans deux ans dans son pays : je suis fortement disposé à croire que, comme la personne qui fait le sujet de la troisième observation, il éprouvera une rechute.

Obs. X. — Hématurie continue (Ile-de-France); gonorrhée. — Usage du baume de copahu. — Guérison de la gonorrhée et de l'hématurie (Docteur Salesse).

M. N. était pris d'une hématurie idiopathique continue; il l'avait encore assez forte, lorsqu'après un coït impur il fut pris de gonorrhée; son hématurie augmenta. Il fit usage des remèdes propres à la gonorrhée : aussitôt celle-ci guérit, son hématurie cessa aussi et n'a plus reparu depuis.

Obs. XI. — Hématurie continue, devenue périodique (Ile-de-France) et abandonnée à elle-même (Docteur Salesse).

M. M. fut affecté dans sa jeunesse d'un hématurie idiopathique continue; cette affection cessa insensiblement, et disparut totalement lorsqu'il atteignit l'âge de la virilité, et se changea en une espèce de menstruation de sang caillé qu'il rend périodiquement par la verge. Lorsque cette menstruation ne revient pas régulièrement, M. M. est tourmenté de violens maux de tête, d'étourdissemens. Il consulta un des plus habiles praticiens de l'Ile-Maurice, qui lui donna le sage conseil de ne rien faire pour arrêter cette évacuation et de laisser agir la nature.

§ 785. *Deuxième série. — Hématurie continue avec gravelle urique.* — Outre le pissement de sang, dans les observations suivantes on a constaté l'existence de la gravelle urique.

La nature du sédiment de l'urine n'est pas suffisamment indiquée dans les observations précédentes; peut-être était-il également formé d'acide urique. Cette supposition n'est pas sans quelque probabilité, puisque j'ai constaté, par l'inspection microscopique, l'existence d'un semblable dépôt chez un jeune enfant de l'Ile-de-France atteint d'une hématurie, et qui

n'éprouvait point de coliques néphrétiques, et chez son père, dont l'urine était albumino-graisseuse (3[e] Série, Obs. III).

L'existence de la gravelle ayant été formellement constatée dans quelques cas, et non mentionnée dans quelques autres, j'ai cru devoir, au moins provisoirement, distinguer les deux séries de faits l'une de l'autre.

Obs. XII. — Hématurie continue chez un enfant (Ile-de-France) — Coliques néphrétiques, graviers (Docteur Salesse).

M. L. à l'âge de 8 à 9 ans eut une hématurie idiopathique non continue, qui augmentait beaucoup lorsqu'il faisait usage des mets fortement épicés, tels que ceux qu'on assaisonne de poivre et de piment, etc. Elle continua jusqu'à l'âge de 13 à 14 ans, toujours d'une manière périodique. A cette époque il commença à éprouver de fortes coliques néphrétiques, qui revenaient chaque semaine. A 16 ans, son hématurie devint continue, et ses coliques continuèrent avec la même fréquence; à 18 ans, lors de son arrivée en France, les coliques disparurent entièrement; il employa contre son urinement de sang différens palliatifs, tels que des bains, du chiendent; il se nourrit d'une alimentation peu excitante, de légumes; rien ne put le faire cesser, seulement il diminua un peu. Ses urines offrent la même couleur depuis le commencement du jet jusqu'à la fin; par le refroidissement, elles laissent déposer *un sédiment rougeâtre qui est rugueux au toucher*. Il y a environ 4 ans qu'il est en France, son hémorrhagie a toujours la même intensité : il rend aussi des caillots de sang avec les urines. Il eut pendant quelque temps plusieurs amygdalites; dès-lors son hématurie parut moins forte. Lorsqu'avec cette inflammation il lui arrivait de faire quelque excès, son urine se chargeait d'une plus grande quantité de sang, en même temps que son amygdalite diminuait. M. L. eut aussi une forte angine : cette fois, son écoulement de sang cessa entièrement; aussitôt après la guérison de son angine, son urine se chargea de plus en plus de sang, et revint comme elle avait été auparavant. Croyant alors avoir la pierre, il se fit sonder; le chirurgien qui le sonda ne trouva

rien dans la vessie; seulement elle fut reconnue être d'une petite dimension.

Obs. XIII.—Enfant de neuf ans, né à l'Ile-de-France, atteint d'une hématurie continue et de gravelle urique. — Le père de l'enfant offrant de l'urine albumineuse et graisseuse.

Dans les premiers jours du mois d'avril dernier (1838), M. le docteur Arvers nous fit appeler, M. Bouvier et moi, pour examiner, avec lui, un jeune garçon âgé de 9 ans, et qui depuis 15 mois était atteint d'une hématurie continue. La maladie de cet enfant s'était déclarée à l'Ile-de-France, où il est né, et l'hématurie avait été précédée d'un écoulement à la surface du gland et par la verge, qui aurait été considéré par le médecin et par le père de l'enfant comme une véritable chaude-pisse, contractée à la suite d'un rapport impur, si l'âge et les habitudes de l'enfant eussent permis de s'arrêter à cette opinion. Un mois et demi après l'invasion de cette hémorrhagie, qui avait sensiblement altéré sa constitution, cet enfant s'embarqua avec ses parens, originaires du pays, pour venir en France. Dans les premiers jours de la traversée on lui fit prendre des pilules dont le copahu formait la base, et, soit influence de ce remède ou effet de la traversée, les accidens cessèrent, mais ils se reproduisirent lorsque l'embarcation passa l'équateur. On fit de nouveau prendre à l'enfant des pilules de copahu, à la vérité différentes des premières dont la recette manquait : la guérison obtenue une première fois ne se reproduisit pas.

La famille du jeune malade, peu de temps après son arrivée en France, se rendit à Paris, et l'enfant fut confié aux soins éclairés de M. Arvers. Depuis lors, et jusqu'à ce jour, l'enfant a uriné une quantité plus ou moins considérable de sang chaque jour, et cependant sa santé générale, surtout dans ces derniers temps, s'est améliorée, et le petit malade a acquis le développement que présentent la plupart des enfans de son âge; et à part l'altération de l'urine et des maux de tête, sa santé n'a offert aucun dérangement notable. L'urine n'était point également chargée de sang tous les jours et à toutes les heures de la journée; elle était quelquefois en apparence peu

différente de l'urine saine. L'émission de l'urine n'a été douloureuse que dans un petit nombre de cas, et probablement par suite de la présence d'un caillot de sang engagé dans le col de la vessie. Les émissions d'urine en 24 heures ne sont pas fréquentes.

Lorsque j'ai vu l'enfant, sa santé générale paraissait bonne; le ton de sa chair, sans être coloré, n'était point pâle comme dans la chlorose ou dans l'anémie consécutive aux pertes de sang; les battemens du cœur étaient réguliers, sans bruit morbide; le premier temps seulement présentait un très léger bruit de souffle, ou au moins paraissait plus prolongé que dans l'état normal. La respiration était pure, la bouche était saine, les lèvres et les gencives n'étaient point décolorées, le sommeil était régulier, l'appétit était bon, les forces musculaires assez développées. En résumé, l'hématurie paraissait renfermer en elle tous les accidens.

J'ai examiné avec M. Guibourt trois échantillons de l'urine de l'enfant : l'un était de l'urine rendue au réveil; l'autre était de l'urine rendue deux heures après le déjeuner; le troisième était de l'urine rendue trois heures et demie après le dîner. Ces trois échantillons d'urine étaient acides, et ne contenaient pas sensiblement plus de matière grasse que l'urine saine; dans tous il y avait une quantité notable d'albumine et un grand nombre de cristaux prismatiques et rhomboïdaux d'acide urique, visibles au microscope. L'urine rendue deux heures après le déjeuner était rougeâtre, sanguinolente, et contenait un grand nombre de globules sanguins. Le lendemain, le sédiment de cette urine paraissait être uniquement composé de ces globules et de cristaux d'acide urique.

Une certaine quantité des trois échantillons de l'urine de cet enfant ayant été conservée pendant quinze jours dans de petites fioles bien bouchées, mais contenant une très petite quantité d'air, il s'est dégagé une odeur très prononcée d'hydrogène sulfuré de l'intérieur de ces petits vases, lorsque nous les avons débouchés. Du papier blanc mouillé et imbibé d'une solution d'acétate de plomb a bruni très sensiblement après avoir été appliqué un moment sur le goulot de ces petits vases.

Cette urine, qui était encore acide, et rougissait très sensiblement le papier de tournesol, et qui ne bleuissait pas le papier rougi par un acide, contenait donc une matière organique qui elle-même contenait du soufre, à moins qu'on n'aime mieux supposer que l'hydrogène sulfuré provenait d'un sulfate décomposé lui-même par suite de l'altération de la matière animale. Cette dernière supposition me paraît toutefois moins fondée que la première ; car l'urine ordinaire, qui contient toujours des sulfates, abandonnée à elle-même dans un vase clos avec une petite quantité d'air, ne donne pas lieu à la production de l'hydrogène sulfuré (1).

Malgré la continuité de cette hématurie, la santé de cet enfant n'était non-seulement point altérée, mais encore son développement paraissait se faire d'une manière aussi régulière que chez les enfans de son âge. Espérant d'ailleurs que le séjour en France pourrait suspendre cette hémorrhagie chez cet enfant, comme cela a eu lieu chez plusieurs colons atteints de la même maladie, mes honorables confrères, MM. Arvers, Bouvier et moi, nous avons pensé qu'il ne fallait pas d'abord opposer un traitement très actif à cette hématurie, sans cependant l'abandonner entièrement à elle-même. Nous avons cru en outre que la présence, dans l'urine, d'une grande quantité de cristaux isolés d'acide urique et de petits cristaux d'acide urique aggloméré (gravelle) constituaient un état morbide qui devait être combattu, quoiqu'il ne fût point accompagné de coliques néphrétiques, circonstance que le peu de volume des graviers explique suffisamment. D'après ces motifs, nous avons conseillé : 1° de faire prendre à l'enfant, le matin, à jeun, une petite quantité d'eau de Vichy ; 2° de lui faire prendre, un peu avant le dîner, une dose de sous-carbonate de fer ; 3° enfin de recourir aux balsamiques, aux pilules de térébenthine, et même aux pilules de copahu, à petite dose, si le pissement de sang venait à augmenter.

(1) MM. Baudrimont et Malagutti ont trouvé du soufre dans des calculs de cystine; je regrette de n'avoir pas recherché dans ce cas si l'urine ne contenait pas une certaine quantité de cette substance.

Obs. XIV.—Hématurie avec gravelle d'acide urique, suivie de pétéchies, chez un colon de l'Ile-de-France.

M. Ferdinand W........ est né à l'Ile-de-France; il est âgé de 22 ans. Dès sa dixième année, il a commencé à ressentir des coliques néphrétiques; jusqu'à l'âge de 16 ans, elles étaient peu fréquentes; elles le sont ensuite devenues beaucoup plus jusqu'à l'âge de 20 ans où elles ont tout-à-fait cessé. Il est à remarquer, écrivait le consultant, que cette maladie affecte les trois quarts des jeunes gens qui sont nés dans ce pays; que chez la plupart elle cesse à l'âge de 20 à 24 ans; mais que d'autres en sont incommodés le reste de leurs jours. Les premières coliques néphrétiques furent suivies d'un pissement de matière semblable à du sable, mêlée de petits graviers de la nature de celui que le malade remet avec le présent exposé. Un de ces graviers s'est engagé dans le canal de l'urèthre, et n'a pu être extrait qu'avec une petite pince.

A l'âge de 16 ans, le malade eut une gonorrhée qui disparaissait un certain temps et reparaissait ensuite; elle fut successivement traitée avec du sublimé, dont le malade ne prit qu'un très petit nombre de doses, et ensuite avec du sirop de Larrey, dont il prit environ une demi-bouteille; après quoi il fut obligé d'en suspendre l'usage, à cause des violentes douleurs de tête qu'il éprouva. Cette maladie ne fut ensuite traitée qu'avec des tisanes de plantes du pays, des boissons rafraîchissantes, de l'essence de salsepareille, des prises de baume de copahu, et enfin des injections de sulfate de zinc et d'opium; elle disparut à la suite de ces remèdes, et cessa tout-à-fait. Il y a environ un an, avec une nouvelle gonorrhée se manifesta un pissement de sang, qui a commencé à s'affaiblir depuis le mois de mai de cette année, époque à laquelle le malade arriva en France. Ce qui détermina le voyage du malade en Europe, ce fut un état extraordinaire de faiblesse et de délabrement d'estomac accompagné de diarrhée, qui devint de plus en plus alarmant jusqu'à l'époque de son embarquement, au mois de février de cette année. Cet état de faiblesse et de délabrement d'estomac, accompagné de diarrhée, commença à la

suite de saignées abondantes qui furent ordonnées par les médecins à cause de très violens maux de tête et de fièvre que le malade éprouva vers le commencement d'octobre 1835. Les médecins ne prescrivirent d'abord pour remède à ces faiblesses et à cette diarrhée d'autre traitement qu'un régime alimentaire très doux; cependant ils ordonnèrent des bains froids; mais, à peine le malade en eut-il pris un, qu'il lui sortit, au bas des jambes, des taches rouges, avec une démangeaison le soir. Cet état dura jusqu'au mois de février, où les médecins, qui ne donnaient plus aucun remède, conseillèrent un voyage en Europe. A bord du vaisseau, les faiblesses d'estomac et la diarrhée cessèrent; mais les taches prirent un nouveau caractère : elles se portèrent successivement aux jambes, aux cuisses, aux avant-bras et au cou; elles étaient rouges le matin, devenaient violettes vers le soir, en se prononçant en relief. Une démangeaison très forte, et ensuite des douleurs ou des crampes les accompagnaient. La traversée dura trois mois; le malade arriva à Bordeaux au mois de mai de cette année dans cet état, auquel se joignait une très grande faiblesse. Depuis lors, ces taches, conservant toujours à-peu-près le même caractère, ont cependant considérablement diminué. Lorsque le malade est arrivé à Bordeaux, elles lui couvraient presque entièrement les membres; à présent, elles sont infiniment plus petites et beaucoup plus éparses.

Quelques jours après son arrivée à Bordeaux, le malade fut affecté d'une toux fréquente, qui semblait provenir principalement de la gorge : elle cessa au bout de six semaines; mais elle n'est pas absolument passée; elle revient surtout lorsque le malade prend des alimens, fait plus d'exercice, ou prend des bains, dont il a essayé de faire usage, mais qu'il a été obligé d'interrompre par ce motif.

Le malade éprouve des envies d'uriner très fréquentes, environ toutes les demi-heures, la nuit comme le jour : cette envie est provoquée par un chatouillement dans la verge, qui devient de plus en plus difficile à supporter, jusqu'à ce que ce besoin ait été satisfait. Le malade ne se livre à aucune espèce d'exercice; mais quand il lui arrive d'aller en voiture, le cha-

touillement qui le force à uriner devient alors plus fréquent et plus insupportable.

Le 25 septembre 1836, époque à laquelle je fus consulté, je conseillai l'usage des ferrugineux, du ratanhia et du bi-carbonate de soude, et un régime analeptique. J'ai appris que la santé du malade s'était améliorée; mais j'ignore si la disposition à la gravelle a été détruite, et si l'hématurie s'est reproduite. C'est le seul cas où j'ai vu cette espèce d'hématurie s'accompagner de pétéchies.

§ 786. *Troisième série. — Hématurie endémique. — Urine chyleuse.*

Obs. XV. — Hématurie continue chez un jeune créole (Ile-de-France), suivie d'urine d'apparence laiteuse (1); guérison par la teinture de cantharides (Chapotin).

Un jeune créole, d'une faible constitution, avait été sujet, dans son enfance, au pissement de sang, qui ne cessa qu'à l'âge de quatorze ans; il avait toujours joui d'une bonne santé, jusqu'à dix-sept ans, où il prit en dix-huit mois un accroissement assez rapide. Peu de temps après, il éprouva de vives douleurs dans les lombes; elles se dissipèrent après deux ou trois jours de durée, et furent immédiatement suivies d'un écoulement d'urine semblable à du lait.

Cet état durait depuis deux mois lorsque je fus appelé; on n'avait administré que des moyens relâchans : il était extrêmement maigre et faible, n'éprouvait aucune douleur; le teint était pâle, la figure couverte de boutons; il n'avait aucun dégoût pour les alimens, mais un fréquent besoin de boire; les digestions étaient mauvaises; il avait toujours cinq à six selles dans les vingt-quatre heures, la peau souple et humectée, des sueurs copieuses après le moindre exercice.

Les urines, en moindre quantité que les boissons, présentaient, dès qu'elles étaient bien refroidies, une masse blanchâ-

(1) Chapotin. *Topographie médicale de l'Ile-de-France*. Paris, 1822, in-4., p. 57.

tre, coagulée et imitant parfaitement le lait caillé, avec une odeur faible et fade. Ce coagulum pressé laissait échapper une sérosité blanchâtre qui, soumise à une analyse exacte, a fourni une assez forte quantité de fibrine. L'eau bouillante et l'action de l'acide sulfurique ont démôntré la prédominance de l'albumine; la gélatine y était en plus faible quantité. Il n'y avait presque point d'acide, et peu de sels ordinaires à l'urine.

Je le mis aussitôt à l'usage d'alimens pris uniquement dans le règne animal, en y joignant du vin, des amers, du quinquina combiné avec les ferrugineux et l'extrait de bile. Ces moyens continués pendant dix jours ont ranimé les forces, sans que les urines aient varié. J'ai augmenté les doses de quinquina, en y mêlant un peu d'aloès, et j'ai fait faire des frictions sur les régions lombaires et ombilicales avec un liniment savonneux et spiritueux, que j'ai remplacé six jours après par un liniment volatil, rendu stimulant par l'addition de la teinture de cantharides.

Les digestions étaient meilleures, quoiqu'il y eût toujours deux ou trois selles le matin; le malade devint plus fort, plus gai, il faisait de l'exercice, son teint était plus clair. Il avait moins de boutons sur la figure, la soif était moins forte; cependant les urines offraient peu de changement.

Je me déterminai alors à administrer intérieurement la teinture de cantharides. Je commençai par trois gouttes le matin et autant le soir, dans une tasse d'eau de riz. Ce remède a été continué pendant dix jours, et porté progressivement à la dose de vingt gouttes par jour. Peu-à-peu les urines ont repris leur état naturel.

D'abord la fibrine a disparu, puis l'albumine, puis la gélatine; les urines acquéraient une couleur jaunâtre, proportionnée à la diminution de ces substances et à l'augmentation de l'urée. Le douzième jour de l'emploi des cantharides, elles étaient d'un jaune assez foncé, avec une odeur encore fade; enfin, depuis ce moment, elles reprirent insensiblement tous leurs caractères. Le malade éprouva plusieurs soirs de suite un peu d'oppression, que j'attribuai à l'action du remède; je suspendis le traitement, et mis le malade quelques jours après à

l'usage seul des amers, en conseillant une bonne nourriture, le séjour à la campagne et les bains froids.

La santé s'est parfaitement rétablie et s'est soutenue sans aucune altération pendant deux ans, après lesquels il survint, à la suite de plusieurs imprudences, des accès de coliques néphrétiques; les urines reparurent une fois blanchâtres. Le repos et une conduite plus régulière suffirent pour dissiper ces accidens.

Trois cas semblables ont été guéris par les mêmes moyens; cependant ils sont rares, et on rencontre plus fréquemment de ces affections avec accroissement de l'irritabilité des reins, qui ne sécrètent dans ce cas qu'une petite quantité d'urine dans laquelle l'urée prédomine.

Obs. XVI.—Hématurie à l'Ile-de-France; douleur dans le rein droit : examen de l'urine dont une partie a un aspect laiteux ou chyleux, et contient une quantité considérable d'albumine et de matière grasse; influence de l'exercice sur la production de l'hémorrhagie; influence du repos sur sa cessation.

M. E. H...., âgé de 21 ans, né à l'Ile-de-France, de parens robustes et exempts de toute maladie constitutionnelle, fut affecté, dès le bas-âge et sans cause appréciable, d'une hématurie continue; l'urine qu'il rendait, limpide pendant les premiers jets, finissait par devenir sanguinolente, et les dernières gouttes étaient fortement colorées en rouge. A quatorze ans, M. H.... éprouva quelques légères douleurs néphrétiques vers le côté droit; mais il ne rendit pas de sable par le canal de l'urèthre, et les urines ne subirent aucun changement. En 1833, en faisant un effort considérable pour soulever un corps pesant, il ressentit une vive douleur dans le rein droit, et quelques heures après il fut pris d'un urinement de sang qu'une longue course à cheval faite le même jour rendit plus abondant. Il consulta un médecin, qui lui ordonna des bains généraux et des tisanes astringentes. Après un mois de régime et de soins, la douleur de côté disparut, les urines redevinrent limpides, et M. H.... recouvra entièrement la santé. En 1835, il quitta l'Ile-de-France, et quelque temps après son arrivée

à Paris, il se livra avec ardeur à l'étude de la pharmacie. Il y a six mois, à la suite d'un travail fatigant, il éprouva de fortes douleurs dans le rein droit, et les urines se montrèrent troubles, sanguinolentes, blanchissant à leur surface, et laissant quelquefois déposer une matière analogue à la lavure de chair; vingt-cinq sangsues furent appliquées sur la partie douloureuse; le malade prit des bains entiers, se mit à l'usage des boissons émollientes, et au bout de trois semaines de repos se trouvant rétabli, se livra à ses occupations de pharmacien.

Dans les premiers jours d'août, M. H.... fut de nouveau affecté de douleurs rénales; les urines, qui étaient transparentes, redevinrent troubles, sanguinolentes. Le malade perdit l'appétit et devint triste, et, attribuant son indisposition à la fatigue de son état, il quitta Paris et alla passer deux mois chez un de ses parens à Saint-Malo. Le voyage augmenta la douleur de rein, et l'urinement de sang se montra plus abondant. M. H..... se fit poser quatre-vingt sangsues sur le côté, à trois reprises différentes et dans l'espace de quinze jours; il se mit à la tisane de ratanhia, et garda la chambre près de cinq semaines que durèrent ces nouveaux accidens.

Le 22 octobre, les douleurs de rein reparurent, mais en suivant une marche intermittente; elles se manifestaient entre onze heures et midi, duraient toute l'après-dîner, la nuit, et se dissipaient vers le matin. Les urines offraient en même temps des troubles remarquables, apparaissant à des heures déterminées comme les douleurs. Transparentes et limpides dans la matinée, elles devenaient rouges et sanguinolentes vers les onze heures, et dans toutes les émissions suivantes elles conservaient ce caractère, cette coloration morbide jusqu'au lendemain.

Le malade prit des bains et des tisanes astringentes, la douleur de côté disparut; mais, l'hématurie faisant de nouveaux progrès, il se décida à me consulter, le 29 octobre 1836.

Cinq onces de son urine rendue en ma présence, le 29 octobre, à deux heures de l'après-midi, furent mises dans un bocal bien bouché; à neuf heures et demie du soir, on distin-

guait déjà à la surface de la liqueur une couche d'un blanc laiteux. Le lendemain, à onze heures, lorsque nous en fîmes l'examen, M. Guibourt et moi, nous constatâmes de nouveau que la liqueur s'était séparée en deux couches distinctes : la supérieure, qui occupait un peu plus que la moitié de la colonne du liquide, était opaque, d'un blanc jaunâtre, sans odeur sensible; la couche inférieure de la colonne était formée par une liqueur rouge de groseille, opaque, au fond de laquelle on remarquait deux caillots, dont l'un était d'un rouge brun, comme un caillot de sang ordinaire, et l'autre blanc et plus léger. Nous dûmes examiner séparément ces deux parties de l'urine.

La liqueur blanche fut extraite du bocal à l'aide d'une pipette, et on n'en laissa dans le bocal que la quantité nécessaire pour que la portion extraite ne contînt rien de la couche inférieure. Deux onces environ furent ainsi enlevées du bocal.

Cette liqueur blanche rougissait le papier de tournesol; par l'ébullition, elle formait un coagulum blanc, solide, et le liquide restait blanchâtre et trouble, probablement parce qu'une partie des principes auxquels l'urine devait son opacité demeurait en suspension. Traitée par l'acide acétique, la liqueur laiteuse n'éprouva point de changemens appréciables : elle se serait inévitablement troublée si elle eût contenu de la matière caséeuse. Après avoir été traitée et agitée avec l'éther sulfurique, la liqueur laiteuse s'éclaircit; l'éther fut soutiré avec une pipette, évaporé sur le poèle, et refroidi dans une capsule de verre, qui devint opaque à son fond, où on pouvait reconnaître à l'œil nu, et mieux encore à la loupe, une matière grasse figée, d'un beau jaune, et qui huilait fortement le papier.

Cette urine laiteuse, filtrée dans un filtre double, était aussi trouble après qu'avant l'opération. D'un autre côté, la liqueur rouge qui formait la couche inférieure du liquide, également filtrée, passait rouge à travers le filtre; la filtration n'était donc pas un moyen de séparer les parties d'apparence laiteuse et les parties sanguinolentes de l'urine.

J'ai déjà dit que la partie blanche de l'urine ne pré-

sentait pas de grumeaux lorsqu'on la traitait par l'acide acétique, preuve qu'elle ne contenait point de caséum ; une petite quantité de lait, traitée par l'acide acétique, se coagulait sur-le-champ, et du lait étendu d'eau ou d'urine donnait de même des grumeaux. En outre, le lait étendu d'eau et filtré donnait une liqueur parfaitement transparente, tandis que l'urine blanche ou d'apparence laiteuse, filtrée après l'addition de l'acide acétique, restait aussi opaque qu'avant cette double opération.

Cette urine sanguinolente et d'apparence laiteuse différait des urines sanguinolentes et purulentes, en ce que dans ces dernières le pus par le repos se dépose sous forme d'un sédiment blanc compacte, tandis que, dans l'urine qui a été l'objet de notre examen, la partie laiteuse se trouvait à la partie supérieure du liquide. Après avoir été traitée par l'éther et être devenue transparente, la couche laiteuse se comportait comme les urines albumineuses ordinaires, et se coagulait par l'acide nitrique et la chaleur. Cette liqueur ayant été traitée trois fois par l'éther sulfurique, pour qu'on la privât totalement de matière grasse, est devenue tout-à-fait transparente, et a pris une teinte légèrement citrine. Traitée par l'acide acétique, cette liqueur ne s'est point troublée ; soumise à l'action de la chaleur, elle est devenue opaque, et a pris une teinte légèrement laiteuse. La coagulation de l'albumine s'est faite d'une manière lente : l'urine s'est peu troublée d'abord ; mais le trouble a augmenté très sensiblement par l'ébullition prolongée. Nous soumîmes également à l'action de la chaleur la même urine, à laquelle on avait ajouté une petite quantité d'acide nitrique, et la coagulation de l'albumine fut beaucoup plus prompte et plus marquée.

La liqueur rouge formée par la couche inférieure de l'urine présentait au fond du vase un caillot de sang noirâtre et une sorte de caillot blanc opaque, un peu plus élevé dans la liqueur. Cette liqueur rouge, décantée, était opaque ; elle a été mélangée d'éther sulfurique, agitée et ensuite laissée en repos. L'éther a pris une teinte jaune en dissolvant la matière grasse que contenait également cette portion de l'urine, et cette hu-

meur est devenue transparente, mais en conservant une couleur rougeâtre.

Le caillot rouge a été traité de même par l'éther sulfurique, et il s'est liquéfié. Le caillot blanc, également traité par l'éther, a disparu, et l'éther a pris une teinte légèrement jaunâtre.

Je prescrivis pour le lendemain matin une saignée de douze onces et de la tisane de raisin d'ours, et je demandai que le malade urinât dans un bocal séparé chaque fois qu'il éprouverait le besoin de rendre l'urine. Le lendemain, on me montra six bocaux dans lesquels l'urine avait été reçue à des heures différentes. Les urines rendues la veille, à quatre, six et neuf heures du soir, étaient d'un rouge brique très foncé, et la couche supérieure du liquide était d'un blanc laiteux. Ces urines n'avaient point d'odeur bien prononcée; elles étaient neutres. Dans leur dépôt, il y avait des caillots de sang assez volumineux. L'urine rendue à quatre heures du matin, moins colorée que les précédentes, ne présentait point à sa surface l'aspect laiteux qu'offraient celles des émissions précédentes. L'urine des deux émissions du matin, de six et sept heures, était transparente et citrine; traitée par l'acide nitrique et la chaleur, elle se troublait à peine; elle ne rougissait pas sensiblement le papier bleu de tournesol, et ne bleuissait pas le papier rougi par un acide.

La saignée fut pratiquée dans la matinée. Le sang tiré par la veine n'avait pas l'aspect laiteux; malheureusement il ne fut pas conservé, et ne put être examiné au microscope ni chimiquement.

Le lendemain du jour où la saignée fut pratiquée, j'examinai l'urine du malade, afin de m'assurer si cette émission sanguine avait eu quelque influence sur la sécrétion urinaire. Or, cette influence avait été des plus remarquables : l'urine était devenue jaune, transparente, comme celle d'un homme en santé; elle était acide, et l'odeur urineuse était très développée. La pesanteur spécifique de l'urine était très peu considérable, 1,0121. Soumise à l'ébullition, elle devenait légèrement louche; mais l'acide nitrique la troublait à peine. Evaporée presque jusqu'à

siccité, elle a offert une cristallisation saline, et en outre une partie sirupeuse qui s'est prise en masse par l'acide nitrique, comme l'extrait d'urine ordinaire.

Le malade resta toute la journée et le lendemain au lit, et l'urine cessa d'être sanguinolente, et n'eut plus les caractères de l'urine albumino-graisseuse; mais elle resta neutre. Elle n'offrait pas de coagulum sensible ou de grumeaux par l'acide nitrique et la chaleur. La tisane de raisin d'ours et le repos furent continués. Disparition complète des accidens. Quelques semaines après, à la suite de fatigues, l'urine devint de nouveau sanguinolente et albumino-graisseuse; et, après plusieurs jours de repos, les accidens se suspendirent de nouveau.

Obs. XVII. — Colon de l'Ile-de-France, atteint d'une hématurie continue dans son enfance; dans l'âge mûr l'urine devient albumino-graisseuse et dépose de l'acide urique cristallisé.

Le père de l'enfant atteint d'hématurie continue et de gravelle urique, dont j'ai rapporté l'histoire (2e Série, Obs. II), âgé d'une quarantaine d'années, né lui-même à l'Ile-de-France, après avoir éprouvé dans son enfance, comme tous les enfans du pays, de légères atteintes d'hématurie, est venu en France, est entré à l'École-Militaire, et a servi pendant plusieurs années sans éprouver le plus léger accident du côté des voies urinaires. En 1814, étant retourné à l'Ile-de-France, il y fut pris d'un dérangement très remarquable de la sécrétion urinaire, qui existe encore aujourd'hui (urine chyleuse de Prout) et ne paraît pas exercer d'influence fâcheuse sur l'état de la constitution, M...... ayant toutes les apparences d'une santé robuste.

Cette altération de la sécrétion urinaire, lors de son invasion, a été accompagnée de coliques néphrétiques et d'urines glaireuses (au moins le malade l'assure). Un autre fait curieux, c'est que le malade, qui est sujet à la goutte, assure que, lorsqu'il en éprouve un accès, l'urine cesse d'être trouble et laiteuse, et qu'elle devient transparente comme celle d'un homme bien portant.

Je reviens à l'altération de l'urine. Cette humeur n'ayant pas la même apparence et les mêmes caractères à toutes les heures du jour, j'ai examiné comparativement celles de trois émissions d'un même jour : 1° l'urine rendue au réveil, 2° l'urine rendue deux heures après le déjeuner, et 3° l'urine rendue trois heures et demie après le dîner.

L'urine rendue au réveil était uniformément trouble, d'un blanc légèrement rosé, avait l'odeur urineuse ; elle était acide, et, le neuvième jour après l'émission, elle rougissait encore sensiblement le papier bleu de tournesol. Cette urine avait été conservée dans un flacon bien bouché, qu'elle remplissait presque complètement, à une température de 11° de Réaumur. Sa pesanteur spécifique était de 2° 1/2 de l'aréomètre de Beaumé ; cette urine coagulait par la chaleur et l'acide nitrique, et le coagulum, examiné au microscope, avait l'apparence de l'albumine coagulée.

Traitée par l'éther, cette urine, au bout de vingt-quatre heures, devenait transparente. J'ai dit qu'abandonnée à elle-même, elle restait trouble dans toute l'étendue de la colonne du liquide, et que la matière grasse ne formait point, comme je l'ai vu dans deux autres cas (3e Série, Obs. II et IV), une couche crémeuse à la surface.

Cette urine filtrée restait trouble.

Examinée au microscope, elle offrait un assez grand nombre de cristaux d'acide urique, et un très petit nombre de globules très rares, blancs, jaunâtres, et de la dimension des plus petits globules du sang. Ayant examiné une goutte de cette urine rendue transparente par l'éther, j'y ai distingué à peine deux ou trois globules, qui évidemment étaient indépendans de la matière grasse.

Le troisième échantillon, rendu trois heures et demie après le dîner, offrait à-peu-près le même caractère que le précédent.

Le second échantillon, provenant d'une émission d'urine deux heures après le déjeuner, était blanchâtre comme de l'urine à laquelle on viendrait d'ajouter une petite quantité de lait. Une goutte de cette urine, examinée au microscope, offrait quelquefois, mais pas toujours, un ou deux globules de la

forme et de la dimension des globules sanguins ; on y distinguait en outre de petites lamelles membraneuses et un grand nombre de petits cristaux jaunâtres, prismatiques et rhomboïdaux d'acide urique. Le sédiment de cette urine paraissait entièrement composé de ces cristaux, sans apparence de matière amorphe.

Cette urine trouble, opaque, mise dans un tube et traitée par l'éther, était complètement transparente au bout de vingt-quatre heures. Une couche blanche formée de matière grasse, parsemée de petits cristaux d'acide urique, formait une sorte de septum entre la partie supérieure de la colonne de l'urine et la couche d'éther qui lui était contiguë. La colonne de l'éther ayant été enlevée avec la pipette et mise dans des verres de montre, après l'évaporation spontanée de l'éther, la surface de ces verres est restée imprégnée de matière grasse, reconnaissable à son aspect, à l'œil nu et à la loupe, et à son action sur le papier non collé qu'elle huilait.

L'urine, débarrassée de la matière grasse par l'éther et devenue transparente, traitée par l'acide acétique, ne s'est point troublée ; elle ne contenait donc point de caséum : mais, comme les urines albumineuses, elle a fourni un coagulum considérable lorsqu'on l'a traitée par l'acide nitrique ou la chaleur. Cette même urine, débarrassée de la matière grasse par la chaleur, évaporée à consistance sirupeuse, traitée à froid par l'acide nitrique, a donné de beaux cristaux de nitrate d'urée.

Abandonnée à elle-même et à la température de l'atmosphère pendant quinze jours, cette urine ne s'est point sensiblement éclaircie, elle est restée trouble et blanchâtre. Le sédiment, composé de cristaux d'acide urique et de matière grasse qu'ils avaient entraînée dans leur précipitation, était blanchâtre : on remarquait à la surface de l'urine un crémor épais d'un blanc mat, qui, examiné au microscope et traité par l'éther, a été reconnu pour de la matière grasse non globuleuse, mélangée de cristaux d'acide urique. La liqueur offrait quelques globules de nouvelle formation, ayant l'apparence de ceux du ferment. Point de globules muqueux ou purulens, point de globules rappelant ceux du lait.

En résumé, il résulte de ces recherches que cette urine différait principalement de l'urine saine, en ce qu'elle contenait : 1° une quantité considérable de matière grasse qui lui donnait l'aspect laiteux, matière grasse qui ne se montrait point sous forme de globules ; 2° une quantité notable d'albumine ; 3° des cristaux d'acide urique au moment de l'émission.

M. P... a été atteint, à-peu-près à l'époque à laquelle le dérangement de la sécrétion urinaire s'est déclaré, d'un affaiblissement considérable de la vue, qui paraît dépendre d'une amaurose, et contre lequel on a essayé dans le temps divers remèdes conseillés dans cette affection, tels que purgatifs, séton, etc. Cet affaiblissement de la vue n'a point fait de progrès sensibles depuis quelques années : aujourd'hui l'œil droit, à-peu-près impropre à la vision, et dont la pupille est contractée et immobile sous l'influence de différens degrés de lumière, est moins affecté que le gauche, dont la pupille, habituellement resserrée, est encore contractile.

M. P..., pensant que l'altération de la sécrétion urinaire était peu grave, puisqu'elle n'altérait ni ne dérangeait les principales fonctions, ne nous a demandé aucun remède. La cécité paraît indépendante de cette viciation de la sécrétion urinaire. L'urine cesse d'être opaque pendant les accès de goutte auxquels M. P... est sujet ; mais on n'a pas constaté si elle contenait alors ou non de l'albumine ou des cristaux d'acide urique.

Des cas analogues ont été observés au Brésil, et M. Caffe a publié l'histoire d'un de ces cas fort remarquables, pour lequel il nous consulta, M. Orfila et moi. La rareté de ces faits m'engage à le reproduire ici :

Obs. XVIII. — Urine tour-à-tour sanguinolente et d'apparence laiteuse chez un Brésilien : voyage en Europe ; persistance des accidens ; altération du sang en rapport avec celle de l'urine (MM. Caffe, Orfila, Rayer).

M. J. V. de Costa, âgé de 22 ans, est d'un développement régulier, d'un tempérament lymphatique nerveux ; visage fortement marqué par les cicatrices de la variole ; les cheveux, frisés, sont d'un châtain clair ; denture symétrique, forte et

bien conservée; la taille est de 1 mètre 80 cent., et son poids total est de 126 livres; les pulsations de l'artère radiale sont presque toujours régulières, et donne 70 pulsations par minute.

La santé de M. V. a toujours paru bonne, et j'ai plusieurs fois observé que les impressions morales, gaies, influent sur le retour des urines à leur état naturel, ce qui me portait à croire que leur altération si souvent capricieuse était due à une perturbation de l'action nerveuse dans la sécrétion urinaire, perturbation exclusive de lésions organiques.

Pendant mon séjour récent à Londres, j'eus souvent occasion de m'entretenir de ce fait remarquable avec les professeurs sir Astley Cooper, Marshall Hall, Carswell, Clarck, etc., et je n'obtins aucune idée nouvelle; la thérapeutique que je mettais en usage ne fut pas changée.

Les précautions les plus minutieuses furent prises pour que l'analyse des urines fût exacte. Le malade a émis ses urines dans le laboratoire de M. Guibourt, et à trois époques différentes de la journée : 1° le matin pour opérer sur les urines de la nuit; 2° immédiatement après le repas, l'urine de la boisson; 3° urines de la digestion, ou cinq heures après le repas.

La matière grasse contenue dans l'urine était semblable à la graisse ordinaire; elle se saponifiait par la potasse : on pouvait encore apprécier une très faible proportion de margarate de potasse.

Les médecins soussignés, consultés par M. J. V. de Costa sur la nature et le traitement de sa maladie, croient d'abord devoir en rappeler sommairement les principales circonstances.

M. V. est âgé de 22 ans; il est né à Rio-Janeiro, où il a toujours habité jusqu'au moment de son départ pour l'Europe, 13 mai 1836.

Le consultant eut huit frères, dont quatre sont morts dans la première enfance. Pour lui, il a toujours eu une parfaite santé; toutefois, depuis l'âge de 4 ans jusqu'à celui de 10 ans environ, il aurait souvent éprouvé, sur les membres inférieurs des éruptions que le malade caractérise d'érysipèles erratiques, qui reparaissaient périodiquement toutes les semaines.

Le régime de vie de M. V. fut toujours très substantiel, composé de viandes des animaux adultes et très peu de légumes.

Invasion de la maladie. — Il y a quatre ans, tout-à-coup, après une course un peu longue, sans symptômes précurseurs, sans douleurs, émission d'urines blanches, d'apparence laiteuse; usage de boissons nitrées et repos.

Un an après, douleurs aiguës au niveau des régions lombaires et dans la région de la vessie; douleurs tellement intenses que le malade se tenait à genoux, se courbait fortement en avant au moment de l'émission des urines, alors d'une épaisseur telle qu'elles avaient peine à sortir de l'urèthre; elles formaient une masse homogène, molle et continue; en outre elles étaient quelquefois mélangées de beaucoup de sang. Ces douleurs aiguës durèrent environ une quinzaine de jours. On appliqua 50 sangsues à l'hypogastre et au périnée, et on fit prendre des bains émolliens, de l'eau nitrée pour boisson, plus tard de l'eau de Sedlitz et de l'eau de mer.

La diminution des douleurs fut lente et progressive; elle ne cessèrent complètement qu'après trois mois. Les urines étaient rendues tantôt blanches, laiteuses; tantôt naturelles, tantôt sanguinolentes.

Depuis cette époque, il est souvent arrivé que deux au trois mois se soient passés sans que les urines présentassent le moindre aspect laiteux, qui se reproduisait de nouveau sans cause appréciable.

L'exercice de l'équitation, au dire du malade, a paru souvent favoriser le retour passager des urines à leur état normal.

Pendant les soixante jours de navigation pour se rendre en Europe, les urines ont été naturelles.

Pendant les mois d'avril, mai et juin, les urines étaient généralement meilleures.

Pendant neuf mois consécutifs, et dans la même année, le malade s'est soumis à une nourriture exclusivement composée de poulardes au riz et de lait de brebis, il fit aussi usage d'une grande quantité de térébenthine.

Dans le mois de juillet 1836, le malade est arrivé à Paris dans

le but de se faire traiter d'une maladie qui, si elle n'altérait pas visiblement sa santé, restait stationnaire, et pouvait lui inspirer des craintes pour l'avenir.

Nous avons déjà dit que l'urine avait été naturelle pendant les soixante jours de traversée, mais l'un de nous, M. Caffe, auquel M. V... avait été adressé du Brésil à Paris, constata, aussitôt après l'arrivée du malade, l'existence d'une urine laiteuse, et autres faits dont le détail doit suivre. Il conseilla d'abord les boissons faites avec la décoction des bourgeons du sapin du nord, alternée avec les eaux de Vichy, les bains de Barèges, la soustraction au froid, un vêtement de flanelle sur tout le corps et immédiatement sur la peau. Plus tard, M. Caffe recourut à la décoction de racine de raifort, aux pilules composées de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse; la dose de ces médicamens fut élevée, et par dose croissante.

Ces moyens ne parurent pas avoir une influence marquée et surtout persévérante.

Vers la fin de septembre, le malade partit pour la Belgique; de là fit une course à Londres, où M. Caffe, qui s'y trouvait à la même époque, eut occasion de le rencontrer. On continua l'usage des préparations ferrugineuses, et le voyage parut plutôt avoit une influence heureuse sur la santé de M. V...; cependant les urines étaient redevenues laiteuses quelques jours avant son retour à Paris.

Peu de temps après son retour, M. Caffe nous réunit en consultation, et nous fit part des observations déjà indiquées, et de quelques autres que nous allons rappeler :

1° Deux ou trois fois seulement les urines ont paru plus abondantes que les liquides ingérés.

2° La couleur laiteuse de l'urine a présenté de nombreuses variations d'intensité quelquefois dans un même jour, et de telles variations dans l'espace d'une semaine, que tantôt l'urine paraissait naturelle, tantôt ressemblait à du lait, sans que de pareils changemens si rapprochés pussent être expliqués par des écarts de régime ou par toute autre cause.

3° L'urine a été un certain nombre de fois sanguinolente, surtout avant l'emploi des préparations ferrugineuses.

4° L'émission de l'urine n'était point douloureuse, et s'opérait facilement.

5° L'urine, malgré son aspect laiteux, avait l'odeur et le goût ordinaires; elle fut plusieurs fois goûtée par le malade sur l'invitation du médecin.

6° La santé paraissait assez bonne, mais le malade disait qu'il se sentait moins bien portant lorsque l'urine avait l'apparence laiteuse la plus prononcée.

7° Les fonctions digestives étaient parfaitement régulières; l'appétit était très grand, et la quantité de nourriture prise chaque jour était vraiment considérable.

8° Le sommeil et les principales fonctions étaient en tout réguliers.

9° Presque toujours après les rapports sexuels, l'urine a paru devenir plus naturelle.

L'urine de M. V... ayant, comme nous l'avons déjà dit, l'apparence des urines désignées sous le nom d'urines laiteuses, et d'une espèce d'urine que M. W. Prout a décrite sous le nom d'urine chyleuse, les soussignés crurent devoir prier M. Guibourt, professeur à l'école de pharmacie, de faire l'analyse de ces urines, et cela avec d'autant plus de confiance, qu'il venait récemment d'examiner un cas analogue chez un homme de l'Ile-de-France traité par l'un de nous, M. Rayer.

Nous croyons devoir reproduire ici textuellement la note de M. Guibourt, pleinement confirmative de l'opinion que nous nous étions formée sur la nature de l'urine de M. V...

« L'urine de M. V... est tantôt blanche comme du lait, d'autres fois d'un rouge de sang. D'autres fois encore, le malade rend une urine jaune et transparente qui ne paraît pas différer de l'urine saine.

« L'urine, rouge de sang, étant abandonnée au repos, se sépare en deux couches : une épaisse, d'un rouge foncé et opaque, ressemblant à un caillot de sang, occupe le fond du vase; le liquide surnageant est d'apparence laiteuse, comme la première urine mentionnée; seulement il conserve toujours une légère teinte rougeâtre.

« L'urine blanche et d'apparence laiteuse contient quelque-

fois une si grande quantité de matières grasses, qu'elle vient former à la surface une couche semblable à de la crême, qui occupe le cinquième de la hauteur du liquide; mais ordinairement il en a beaucoup moins.

« Dans tous les cas, l'urine laiteuse étant mise en contact avec de l'éther sulfurique, s'éclaircit, et l'éther se colore en jaune. En remplaçant une ou deux fois le liquide surnageant par du nouvel éther, on épuise l'urine de la matière grasse, et elle devient parfaitement transparente; elle est alors jaune si elle était primitivement d'un blanc laiteux, et légèrement rougeâtre si elle était rouge sanguinolent.

« Il est prouvé par là que l'urine laiteuse ne devrait son opacité qu'à la matière grasse que l'éther a dissoute, et qu'on obtient facilement par l'évaporation de celui-ci.

« J'ai dit que le liquide opaque et rouge, précipité au fond de l'urine sanguinolente, ressemblait à un caillot de sang; mais cette apparence est trompeuse. En traitant cette masse par l'éther, on la rend à l'instant même liquide, entièrement transparente et d'un beau rouge vif; ce liquide ne contient donc que de la matière colorante de sang, et sans fibrine.

« L'urine laiteuse, devenue transparente par le moyen de l'éther, soumise à l'ébullition, forme un abondant coagulum d'albumine.

« L'acide nitrique la coagule également; l'acide acétique ne la trouble pas : elle contient donc de l'albumine et non de la caséine. La dénomination d'urine laiteuse ne s'applique donc qu'à l'apparence, aux caractères physiques du liquide et non point à sa nature.

« Une expérience antérieure nous a démontré que l'urine d'apparence laiteuse différait de la nature du lait. Celui-ci étant étendu d'eau de matière à offrir l'opacité de l'urine, les deux liquides ont filtré, également troubles et blancs, à travers le papier; mais, de l'acide acétique ayant été ajouté à ces deux liquides, l'urine d'apparence laiteuse n'a éprouvé aucune altération, et reste laiteuse comme auparavant; tandis que le lait coagulé et filtré est devenu transparent.

« L'urine laiteuse, débarrassée de la matière grasse par de

l'éther, après avoir été coagulée par le calorique, et concentrée environ à moitié, a été filtrée et refroidie; mélangée alors d'acide nitrique, elle a formé une belle cristallisation de nitrate d'urée. Ainsi ce liquide, débarrassé de ses principes étrangers, paraissait redevenir de l'urine ordinaire.

« En résumé, l'urine de M. V... diffère de l'urine ordinaire, en ce qu'elle contient une grande quantité d'albumine et de matière grasse, auxquelles se joint par intervalle la matière colorante du sang, sans fibrine. »

En comparant le résultat de cette analyse avec ceux que M. Prout a obtenus des urines qu'il désigne sous le nom de chyleuses, on reconnaît aussitôt que cette dénomination convient au cas pour lequel nous sommes consultés. En effet, si on ajoutait une certaine quantité de chyle à l'urine (Voy. *composition chimique du chyle*, Berzelius, Orfila, etc.), on obtiendrait une urine chargée d'albumine, d'une matière grasse et d'une certaine proportion de matière colorante de sang. D'un autre côté, malgré ce qui a été dit sur la présence du caséum dans l'urine laiteuse, il est fort douteux qu'on en ait jamais rencontré, et d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, il n'en existait pas.

Les résultats de cet examen fait sur les urines de M. V..., l'absence des douleurs dans les régions rénales, la connaissance pour nous acquise de plusieurs cas analogues dans lesquels il n'y avait point de lésion matérielle des reins, l'analogie non moins évidente de ce cas avec les hématuries de l'Ile-de-France, et qui sont quelquefois suivies d'urines laiteuses; toutes ces circonstances nous firent penser qu'il serait extrêmement important de rechercher si le sang lui-même n'offrirait pas un état particulier, et spécialement cette apparence laiteuse que quelques pathologistes paraissent avoir observée dans des conditions morbides encore indéterminées. M. Caffe pratiqua donc à son malade une saignée au bras de quatre onces, et M. Guibourt voulut bien encore se charger de faire l'analyse de ce sang.

Le sang, abandonné dans un vase fermé, s'est pris en une masse gélatineuse, tremblante, sans aucune apparence de couenne blanche à la surface; loin de là, ce sang, agité dans

le flacon après 24 heures de repos, est redevenu complètement liquide; ce qui semble indiquer une absence complète de fibrine.

Ce sang liquide a été mêlé à deux parties en volume d'alcool rectifié, afin qu'il se coagulât. Le coagulum a été soumis à la presse et desséché; il pesait alors sept gros et demi, ou près du quart du poids du sang. Il était pulvérulent et d'un rouge pâle et blanchâtre, tandis que le coagulum d'un sang normal, préparé de même, est sous la forme d'une matière dure, vitreuse, et d'un rouge brun très intense. Il est évident, d'après cela, que le coagulum de ce sang brésilien contient proportionnellement moins de matière colorante que celui du sang normal; mais cela peut tenir à ce qu'il renferme plus d'albumine. Il est en effet bien remarquable que ce coagulum desséché dépassait la quantité de matière solide indiquée jusqu'ici par toutes les analyses du sang; et, comme il ne contenait que peu ou pas de fibrine, son excès de quantité doit porter principalement sur l'albumine.

Une égale quantité (sept gros et demi) de coagulum de ce sang malade et de sang normal a été pulvérisée et traitée par l'éther au moyen de la méthode de déplacement. Dès le premier moment, une grande différence s'est manifestée : les trois premières gouttes d'éther provenant du sang brésilien ont laissé sur un verre de montre une couche très apparente de matière grasse, blanche, opaque et nacrée; les trois premières gouttes provenant du sang normal ont laissé seulement quelques points circulaires d'une matière grasse plus transparente. La totalité de l'éther provenant du sang brésilien a laissé 0gr.,20 (quatre grains environ) de matière grasse, solide; opaque et cireuse. La totalité de l'éther provenant du sang normal a fourni 0gr.,11 d'un résidu coloré, partie gras, partie salin, et attirant l'humidité de l'air.

Il résulte évidemment de ces expériences que le sang de M. V. diffère du sang ordinaire, en ce qu'il contient moins de fibrine, mais plus d'albumine et de matière grasse, et qu'il se rapproche en conséquence par ses caractères de la composition du chyle.

En résumé, dans notre opinion, l'altération de la sécrétion

urinaire, observée chez M. V., est manifestement sous la dépendance d'un état particulier du sang, et cet état consiste en ce que la transformation du chyle versé dans le sang se fait d'une manière incomplète, c'est-à-dire en un vice de l'hématose.

Les cas d'urine *laiteuse* sont encore peu nombreux dans la science, et plusieurs de ces faits ont été observés d'une manière trop incomplète. La part de l'influence du régime, des divers traitemens, et aussi du temps, etc., sur leur terminaison, n'a pu être appréciée assez rigoureusement pour que nous puissions ici donner des règles de traitement aussi positives que pour une maladie moins rare.

Cependant nous rappellerons : 1° que les malades dont M. Prout a rapporté brièvement l'histoire, ont souffert plusieurs années sans altération manifeste de la santé.

2° Les hématuries observées à l'Ile-de-France, et quelquefois suivies d'urine dite laiteuse, ne sont pas regardées comme graves.

3° D'après une discussion élevée à l'Académie de Rio-Janeiro (avril 1836, *Revista medica fluminense*), il paraît que cette maladie est assez fréquente dans cette ville, surtout chez les femmes, et que sa gravité n'est pas en rapport avec sa résistance aux agens thérapeutiques.

4° Dans le petit nombre de faits, observés en Europe, d'urine *laiteuse*, qui était réellement chyleuse d'après l'analyse, et non purulente, la maladie, quoique rebelle et de longue durée, n'a pas été grave; toutefois on l'aurait vue, d'après quelques auteurs, dégénérée en diabète.

En suite de l'opinion émise plus haut sur l'altération de la sécrétion urinaire, de sa liaison avec un état particulier du sang et un vice de l'hématose, et d'après les résultats les mieux observés, et les expériences thérapeutiques faites dans une maladie aussi rare, nous croyons devoir conseiller le traitement suivant :

1° Pendant plusieurs mois, tous les matins, à jeun, M. V... prendra six pilules suivantes :

Prenez sous-carbonate de fer un gros.

Poudre de quinquina rouge un scrupule.

Cannelle pulvérisée douze grains.

Mêlez selon l'art et faites avec quantité suffisante de mélange 24 pilules.

2° Une heure avant de dîner, boire une once de vin de quinquina.

3° Trois fois par semaine prendre un bain presque frais, d'une demi-heure de durée, additionné de deux onces de sulfure de potasse.

4° Le soir, au moment de se coucher, M. V... prendra 24 grains de sous-carbonate de fer dans du pain à chanter ou dans de la compote.

5° Les médecins qui dirigeront au Brésil le traitement de M. V... pendant deux ou trois mois consécutifs, ne devront le suspendre que dans le cas où il se présenterait des signes d'irritation gastro-intestinale (ce qui est peu probable); nous croyons pouvoir ajouter que, dans notre opinion, les modifications ultérieures ne devraient porter que sur le choix d'autres préparations ferrugineuses ou de quinquina, dans la substitution de bains alcalins, savonneux, à ceux de sulfure de potasse.

6° Le régime alimentaire, dans une semblable affection, doit être essentiellement choisi parmi les viandes de bœuf et de mouton rôties et grillées.

7° La boisson ordinaire sera un vin généreux coupé avec de l'eau ferrée.

8° On devra faire concourir au succès du traitement tous les moyens hygiéniques propres à fortifier la constitution; dans la saison des bains de mer, M. V. en prendra une trentaine, que l'on ne prolongera pas au-delà de quelques minutes.

9° La dysurie qui a lieu lors du passage d'une certaine quantité de sang dans les urines, ou lorsqu'elles sont fortement chargées de chyle, est due à une cause entièrement mécanique, qui cesse d'elle-même par la sortie des caillots, ou peut encore nécessiter l'emploi du cathétérisme. Ces accidens sont particuliers à une seule circonstance de la maladie, et tous étrangers à sa nature.

§ 787. Cette maladie paraît être fréquente au Brésil; elle a fixé l'attention de la Société de médecine de Rio-Janeiro, qui a nommé une commission pour l'étudier d'une manière spéciale.

La *Revista medica fluminense* a publié les diverses opinions qui ont été émises à ce sujet; et je dois la traduction de ce document à l'obligeance de M. Caffe.

Société de médecine de Rio-Janeiro. Séance du 20 août 1833. *Discussion sur le diabète laiteux*. Le docteur Simoni (médecin de l'hôpital de la Miséricorde) déclare avoir souvent observé cette maladie dans cette ville, et principalement à l'hôpital. On la rencontre dans les deux sexes, mais bien plus souvent chez les femmes. Elle apparaît et cesse souvent tout-à-coup sans cause connue. La durée en est variable; elle dure des mois, des années, et elle est également suivie de plus grands intervalles pendant lesquels elle disparaît; d'autres fois, elle dure des jours, et même seulement des heures, de sorte que, dans son apparition, sa marche, ses progrès et sa durée, elle présente une irrégularité capricieuse : ce qui fait que M. Simoni la considère comme une affection nerveuse des organes urinaires, qui en pervertit la sécrétion; d'autant plus qu'elle ne se lie pas constamment à des affections morbides du tissu de ces mêmes organes appréciables par l'autopsie, ou par d'autres phénomènes pathologiques qui en indiquent la souffrance. En un cas, il trouva le tissu cellulaire des reins altéré en couleur, volume et consistance. Dans ce cas, le tissu des deux reins était un peu plus blanchâtre, plus mou et plus volumineux que de coutume; il y avait des taches encore plus blanches dans les cas où cette maladie a été le plus opiniâtre; elle a paru céder aux préparations de fer, de valériane et de la plante nommée ordinairement *quintefeuille*; dans d'autres cas, elle a résisté à tous les remèdes, et a disparu quand on l'espérait le moins et lorsqu'on avait abandonné tous les moyens thérapeutiques; de sorte qu'il y a du doute si la cure est due ou non à l'action des remèdes employés.

M. Sobrini (aussi médecin à la Miséricorde) a vu plusieurs fois cette maladie à l'hôpital et en ville; il la trouve plus spé-

ciale à ce pays qu'à l'Europe, où elle paraît inconnue, ou au moins tellement rare, qu'il n'en est presque pas fait mention dans les auteurs; que le seul auteur où il se trouve quelque chose sur ce sujet, est le célèbre Pierre Frank, dans son *Traité de médecine pratique ;* mais que le diabète laiteux ou flux céliaque ou urinaire, dont il parle, n'est pas notre maladie, bien que désignée par le même nom. Comme preuve de ce qu'il avance, il lit ce que dit Frank à ce sujet (1). Il ajoute ensuite que la dénomination de diabète laiteux est peu juste, que le nom de diabète albumineux est plus convenable; que l'urine présente l'odeur de blanc d'œuf; que le liquide donne de l'hydrogène sulfuré par la putréfaction et se coagule par la chaleur; que la cause de la maladie est aussi difficile à déterminer

(1) Je mets sous les yeux du lecteur le passage de P. Frank auquel M. Sobrini fait allusion :

« Le diabète *laiteux* des auteurs, ou *flux cœliaque* urinaire, nous pa- « raît consister dans une urine blanchâtre que l'on rend quelquefois dans « la plus parfaite santé, lorsqu'on fait une promenade fatigante à la suite « d'un repas copieux. Le mélange du pus avec les urines peut encore en « imposer pour du chyle à beaucoup de médecins. Cependant nous ne nions « pas l'existence du diabète laiteux : un septuagénaire vient de nous en « donner la preuve à l'hôpital de Pavie. Ce malade avait porté pendant « assez long-temps un fardeau très lourd sur les épaules; huit jours après « cet effort, il éprouve une douleur intense vers les dernières vertèbres des « lombes, quelques mouvemens fébriles par intervalles, avec exacerbation « le soir; il se plaint d'une soif très vive *et rend une grande quantité d'urine* « *semblable à du lait.* Durant plusieurs mois, il a rendu chaque jour seize ou « vingt livres de ce liquide douceâtre, quantité bien supérieure à celle de « la boisson, quoiqu'il bût abondamment. La soif inextinguible et la faim « qui le dévoraient, le marasme qui avait pris la place de son embonpoint, » comparés avec la quantité des urines, prouvaient que la consomption dé- « pendait du diabète et non d'un foyer purulent. On trouve, chez les auteurs, « de semblables exemples de diabète chyleux qu'il serait difficile d'attribuer « à une suppuration interne. »

(*Traité de Médecine pratique* de P. Frank, trad. de J. M. C. Goudareau, t. III, p. 23.)

Cette espèce de diabète doit être fort rare en France; je ne l'ai pas encore observée.

que celle du diabète sucré; qu'il n'a jamais eu l'occasion de faire l'autopsie cadavérique, pour voir si les reins se trouvent sensiblement altérés, ce qui lui paraît peu probable, à la vue des alternatives d'améliorations et de disparitions que présente la maladie, ce qui n'aurait pas lieu s'il y avait une altération organique; que ce vice de sécrétion est souvent accompagné de douleurs vagues dans les régions lombaires, de dysurie ou même d'ischurie; qu'il est plus considérable après la digestion et moindre le matin; que la coagulation de quelque partie du liquide par le refroidissement dépend peut-être du manque de l'influence de la vie; que les bains d'eau salée et les préparations de fer sont le meilleur remède. Quelques autres ont été employés inutilement, et principalement le traitement antiphlogistique et révulsif. Chez un individu, il essaya en vain les vésicatoires couverts de résine de noix d'acajou, pour empêcher le stimulus des cantharides sur les voies urinaires : souvent tous ces remèdes étaient inutiles, et la maladie continuait long-temps, et cessait capricieusement sans cause appréciable. Il y a cette différence entre le diabète laiteux de Frank et des médecins d'Europe avec celui-ci, que le mal peut se prolonger long-temps sans détériorer l'économie ou même sans incommoder le malade, et cesser tout-à-coup sans aucune médication. Il rapporte le cas d'un jeune homme chez lequel la maladie se termina de cette manière, après avoir duré plus de six mois et avoir résisté à toutes les médications.

M. Reiss dit n'avoir vu cette maladie ni chez les vieillards ni chez les enfans, rarement chez les jeunes gens, mais très souvent dans l'âge viril, et plus souvent chez les femmes que chez les hommes, surtout dans les tempéramens nerveux. Il rapporte le cas d'une dame douée de ce tempérament, chez laquelle, après l'emploi d'un grand nombre de moyens thérapeutiques, la maladie cessa par l'usage d'une infusion de valériane. Il dit que la plus grande partie des personnes qu'il a vues atteintes de cette infirmité, jouissaient d'une bonne santé, sans éprouver d'autre incommodité; que chez quelques-unes l'urine sortait parfois déjà en caillots, et alors occasionnait à l'individu une notable incommodité par la difficulté de l'émis-

sion. Dans un cas, l'usage de *venilhas* fut utile pour en favoriser l'excrétion. Dans d'autres cas, l'urine se montre, à la sortie, ayant la consistance et la couleur du café au lait, et elle se coagule bientôt, comme il l'observa chez un individu d'ailleurs robuste et sain. Quant à la nature de la maladie, il pense qu'elle est encore très obscure et doit être étudiée ; que la dénomination de maladie nerveuse ne peut lui être appliquée, parce qu'elle est quelquefois accompagnée de phénomènes phlogistiques, bien qu'il ne la considère pas comme l'effet simple d'une phlogose.

M. Vallados, professeur de chimie médicale, est aussi d'opinion que notre maladie est spéciale à ce pays, et qu'elle n'a rien de commun avec le diabète laiteux des médecins d'Europe, d'autant plus que les pathologistes français n'en parlent pas. Il a observé quatre cas de cette affection, deux chez des hommes et deux chez des femmes. Une des femmes était une négresse enceinte; la femme se rétablit, après l'accouchement, sans remède. L'autre femme était également une négresse, et chez elle la maladie céda à l'usage d'une décoction de la plante appelée *quintefeuille*. Un des hommes fut guéri avec la décoction de l'herbe nommée vulgairement *amour des champs*. Le dernier cas, il l'observa avec M. Reiss, qui vient de le citer. Il ajoute que le caractère du diabète est une grande quantité d'urine, et que, dans la maladie dont il s'agit, il n'y a pas augmentation de quantité, mais seulement perversion de qualité. Relativement à la nature de la maladie, elle est encore très obscure. Selon une expérience faite par Paulo Candido, on trouve dans ces urines la présence de l'acide urique et de l'urée. Le traitement est variable : celui qui réussit chez un individu réussit rarement chez un autre; et le moyen qui a réussi une première fois est, sans succès dans la rechute, qui est fréquente.

Le docteur Simoni dit que le coagulum que présentent les urines n'est pas toujours le même. Parfois l'urine sort liquide et limpide, de couleur naturelle, et, peu après, elle devient entièrement coagulée, conservant la même transparence et un aspect tremblant de gélatine ; parfois elle est trouble et opa-

que, et le coagulum prend la même couleur : d'autres fois elle est dense, opaque, et plus ou moins blanchâtre ; elle ressemble à du lait : le coagulum est aussi semblable à celui du lait. Elle est quelquefois homogène ; d'autres fois mêlée avec d'autres substances, telles que du mucus, du pus, du sang et des corps transparens, d'une couleur rougeâtre, qui, en sortant par l'urèthre, causent ainsi de fortes douleurs, surtout lorsqu'ils entraînent avec eux des portions de coagulum dense, épais comme du blanc d'œuf, déjà formé dans la vessie.

Les urines restent quelquefois limpides et transparentes après être sorties, d'autres fois elles se coagulent. Ce coagulum a l'apparence gélatineuse ou albumineuse ; il se forme ordinairement peu de temps après l'émission des urines, en raison du plus ou moins prompt refroidissement de ce liquide. Exposé au feu, au lieu de prendre une consistance plus grande, comme on l'observe avec l'albumine, le coagulum se fond, et il reste dans le liquide de petits filamens d'une substance blanche, qui est probablement de l'albumine coagulée : peut-être l'albumine et la gélatine existent en même temps dans les urines des malades affectés de cette maladie, et donnent lieu aux coagulum qui se forment dans deux états opposés de températures. Des expériences très exactes devraient l'indiquer.

M. Maia dit avoir observé cette maladie chez une négresse. La qualité et la quantité de l'urine se trouvaient altérées ; la malade urinait en grande abondance. La maladie céda à l'usage de la *quintefeuille*. Il pense que la nature du coagulum est albumineuse, et explique la production de cette substance dans les urines par la théorie de ceux qui supposent que, dans le sang, existent formées toutes les substances de la sécrétion, et que les organes ne font que les séparer et les laisser passer, à l'exclusion des autres. Dans ce cas, le rein, par une privation de sa sensibilité, laisse passer dans l'urine l'albumine du sang.

M. Roza déclare que cette maladie n'est point un diabète ; ce nom ne convient que dans les cas où il y a altération de qualité et augmentation dans la quantité des urines. Cette circonstance ne se rencontre pas ordinairement dans cette maladie.

Il l'a observé chez une femme âgée de 60 ans; la maladie céda à l'usage des bains d'eau salée et de l'eau de Vichy. Il l'a observée aussi chez un individu débauché; elle avait été précédée de rétrécissement de l'urèthre, paraissant dû, dans le principe, à une affection catarrhale de la vessie. Examinée ensuite avec beaucoup d'attention, l'urine contenait du coagulum globulaire, rougeâtre, et parfois de couleur azurée. Les rétrécissement furent surmontés presque tous par la suppression opérée par des cordes de boyaux introduites dans le canal de l'urèthre. L'usage de la salsepareille, du sirop de Cuisinier, fut suivi de la cessation de la maladie, qui reparut deux ans après, l'individu ayant recommencé sa vie déréglée. La *quintefeuille* a été quelquefois utile dans cette maladie, selon l'expérience de M. Roza; mais le meilleur remède et le plus généralement approuvé est l'usage des bains salés. Il rapporte qu'une dame était sujette à cette affection tous les huit jours qui précédaient son flux menstruel.

M. Sobrini dit qu'il n'y a pas augmentation de la quantité de l'urine, ce qui constitue le diabète, mais altération de cette même urine, et formation de principes différens de ceux qui lui sont naturels. Dans le diabète laiteux du Brésil, la quantité des urines, au lieu d'augmenter, diminue quelquefois.

M. Simoni fait observer que, chez une négresse qu'il a longtemps traitée à la Miséricorde, et que M. Sobrini vit et traita en diverses occasions, les accès ou les répétitions de cette maladie précédèrent presque toujours les accès d'épilepsie ou d'érysipèle éléphantiaque dont elle était fréquemment accompagnée, ou suivaient ces mêmes accès. Cette malade avait eu une affection syphilitique qui lui fit perdre le nez, et elle ne paraissait pas entièrement guérie.

MM. Vallados et Roza contestèrent la convenance du nom de diabète donné à cette maladie, et soutinrent sa différence essentielle avec les véritables diabètes, non-seulement par la quantité et la qualité des urines, mais aussi par les phénomènes et les conséquences pathologiques de cette affection singulière.

M. Meirelhes dit qu'il a observé cette maladie chez une femme

sujette à des attaques périodiques d'érysipèles de quinze en quinze jours, et chez laquelle les accès et la maladie ont cessé dans un voyage qu'elle fit en Europe. La maladie s'est reproduite aussitôt que cette femme est revenue dans ce pays.

Il a cherché en vain dans beaucoup d'auteurs la description de cette maladie; dans l'ouvrage de M. Thénard, il se trouve mentionnée une analyse d'urine que l'auteur nomme *laiteuse*, et qui est bien différente de la maladie en question (1). M. Meirelhes remarque que la plus grande partie des individus affectés de cette maladie sont sujets aux érysipèles et ont le tempérament lymphatique. Tant que ces individus restent au lit, les urines se conservent limpides; mais, dès qu'ils se lèvent et s'exposent au froid, elles deviennent coagulables; et chez des individus cette coagulation s'opère même dans la vessie, et occasionne des douleurs et des incommodités dans l'émission des urines. Ces individus n'urinent jamais de la même manière, la quantité et la qualité des urines variant; toutefois il y a presque toujours du sang; quelquefois elles ont une couleur de café. Il a fait analyser les urines de personnes affectées de cette maladies par M. Blanc, phamacien français à Rio; il a trouvé qu'elles contenaient une matière caséeuse. Il rapporte le cas d'un jeune Portugais d'un tempérament lymphatique qui souffrait beaucoup de cette maladie; il urinait une partie du jour du sang pur, qui se coagulait; d'autres fois de l'urine claire, d'autres fois couleur de café au lait et très trouble. Il pense que les bains de mer sont constamment le meilleur remède, il n'a vu qu'un cas exceptionnel à cette règle. Les toniques, en général, sont avantageux, et parmi eux le quinquina uni à l'acide sulfurique.

Sur la demande de quelques membres, on nomme une com-

(1) Voici le passage auquel M. Meirelhes fait allusion :

« Il paraît que l'on a vu quelquefois l'urine blanche comme du lait, qu'il « s'en séparait une sorte de crème par le repos, qu'elle se coagulait par « l'ébullition, que le caillot avait les propriétés du caséum, et cédait à l'éther « une matière grasse. » (Thénard, *Traité de Chimie*. Paris, 1836, t. v, p. 182.)

mission chargée d'examiner particulièrement cette maladie et de faire sur elle un mémoire circonstancié. MM. Vallados, Sobrini et Soulié ont été nommés membres de cette commission.

Ces urines *chyleuses*, improprement désignées sous le nom de *laiteuses*, qui ont été observées à l'Ile-de-France et au Brésil, ont peut-être aussi, à en juger d'après le passage suivant de Chalmers, été observées à la Caroline du Sud (1).

« L'urine est quelquefois pâle *comme du lait et de l'eau*, « pendant plusieurs jours et plus spécialement chez les petits « garçons au dessous de sept ans; on pense généralement que « cet état de l'urine indique la présence des vers; pour moi, « c'est plutôt une preuve d'acidité, quoique je ne conteste pas « que d'autres causes ne puissent leur donner cette couleur. » L'apparence laiteuse de l'urine n'est pas décisive; la présence de l'albumine et d'une matière grasse n'a pas été constatée. D'un autre côté on a donné le nom d'urine laiteuse à des urines phosphatiques. Toutefois il faut remarquer que ces urines ont été rendues par des enfans et pendant les chaleurs de l'été.

De semblables urines chyleuses et albumino-graisseuses, si fréquentes dans certains pays chauds, ont été observées, quoique rarement et isolément, en Europe (2).

§ 788. RÉSUMÉ.—L'hématurie qui règne sous forme indémique à l'Ile-de-France (île Maurice), spécialement chez les enfans, se montre sous trois formes principales : 1° l'hématurie simple; 2° l'hématurie avec gravelle urique; 3° l'hématurie avec urine chyleuse ou avec urine albumineuse et graisseuse.

J'ai plusieurs fois constaté, sur des habitans de Paris, nés en France, la transformation d'un pissement de sang en une urine albumineuse; mais la transformation d'un pissement de sang en une urine chyleuse, ou en une urine albumino-graisseuse, d'apparence laiteuse, ne s'est présentée à moi jusqu'à ce jour que chez des individus nés dans les régions tropicales. Cette

(1) Chalmers (L.). *An account of the weather and disseases of South-Carolina*, in-8. vol. 1. Lond. 1776, p. 64.

(2) Rayer. *Recherches sur les urines chyleuses, laiteuses et huileuses observées en Europe* (l'Expérience, t. 1 p. 657).

transformation est rare en Europe. Sans doute dans des pyélites ou des cystites calculeuses, on voit des urines blanches, purulentes, succéder à des urines sanguinolentes; mais l'urine purulente est bien distincte de l'urine chyleuse. Examinée au microscope, l'urine purulente offre des globules de pus; l'urine chyleuse offre des globules qui ont l'apparence des globules sanguins, ou bien elle ne contient pas de globules (urine albumino-graisseuse). L'urine purulente abandonnée à elle-même offre un sédiment purulent caractéristique, au dessus duquel elle devient plus transparente. L'urine chyleuse, au contraire, reste opaque dans toute la longueur de la colonne du liquide, et au bout de quelques jours offre un crémor de matière grasse.

Sous le rapport étiologique, il faut rapprocher, de l'hématurie de l'Ile-de-France, l'hématurie qu'éprouvent quelquefois les Européens dans la haute Egypte et la Nubie, et d'autres hémorrhagies observées dans les régions tropicales. M. A. J. Renoult (1) s'exprime ainsi au sujet de l'hématurie de la haute Égypte.

« Cette hémorrhagie des plus opiniâtres se manifesta parmi les soldats de l'armée française lors de la conquête de la haute Egypte, en l'an VII. Elle parut affecter plus particulièrement les cavaliers (2), n'épargna pas même les chevaux; ses ravages se portaient principalement sur les plus jeunes.

« Dans ces contrées très élevées, bornées par des déserts arides, la chaleur, augmentant dans une progression douce et égale, est quelquefois insupportable pour des sujets non accli-

(1) Renoult (A. J.). *Notice sur l'hématurie qu'éprouvent les Européens dans la haute Égypte et la Nubie.* (Journ. général de Médecine et de Chirurgie; vol. XVII, p. 366.)

(2) En Europe, et sous l'influence d'une température peu élevée, les cavaliers sont quelquefois atteints d'hématuries (Aran, *Essai sur l'hématurie dans les militaires à cheval.* Diss. Paris, 1811, in-4); mais il est évident que, dans la relation de M. Renoult, l'hématurie dépendait d'une autre cause que de l'exercice du cheval, quoique cet exercice favorisât l'invasion de cette maladie, qui chez quelques individus s'est prolongée indéfiniment, et lorsqu'ils n'étaient plus soumis à l'influence des causes qui l'avaient produite.

matés : alors des sueurs continuelles et très abondantes diminuent singulièrement la quantité des urines; celles-ci deviennent épaisses et sanguinolentes, souvent même les derniers jets sont de sang pur. Le malade ressent des douleurs vives dans la région de la vessie; ces douleurs se propagent jusqu'à l'extrémité du gland. Il éprouve de fréquentes envies d'uriner; les dernières contractions de la vessie s'accompagnent de sensations les plus vives et les plus cuisantes, accidens que j'ai vus quelquefois suivis de dysurie.

« Après un examen attentif, j'ai cru pouvoir attribuer la cause de cette maladie à une trop abondante transpiration, secondée par des marches forcées et par une équitation longue et pénible sur des chevaux vifs et fougueux. Dans ces circonstances, en effet, les urines deviennent rares, épaisses et irritantes; leur âcreté doit se faire particulièrement sentir sur les veines qui rampent le long des parois internes de la vessie, près de son col et sur celles de l'urèthre, ce qui donne lieu à des varices; il peut même en résulter des inflammations opiniâtres des membranes de la vessie, comme je l'ai vu plusieurs fois par l'ouverture de quelques cadavres.

« Dans le traitement de cette maladie, j'obtins des succès momentanés de l'usage des boissons abondantes et surtout du repos. J'ai remarqué que les bains de vapeurs, fort en usage dans le pays, n'avaient pas d'heureux résultats, sans doute à cause de l'abondante transpiration qu'ils déterminaient; les bains de rivière m'ont paru mieux convenir.

« L'emploi de ces moyens pendant un mois suffisait pour faire disparaître les symptômes de cette maladie; mais, aussitôt que le sujet était obligé de reprendre ses exercices, et surtout l'équitation, les urines, devenues moins copieuses et plus âcres, donnaient lieu à de nouvelles douleurs, à un sentiment de pesanteur dans la région de la vessie, et l'hématurie reparaissait. Les lieux, les circonstances, l'activité constante de l'armée, ne permettant que l'emploi des moyens palliatifs dont je viens de parler, je me trouvai forcé de négliger quelques-uns des préceptes de mon premier maître Desault, sur la cure radicale de cette maladie; d'ailleurs l'emploi des sondes

de gomme élastique chez des malades portés sur des litières traînées à dos de chameau, et qui suivaient tous les mouvemens de l'armée, me parut plutôt aggraver la maladie comme nouvelle cause irritante.

« C'est ainsi qu'un trop long séjour dans ces contrées a donné à cette maladie le temps de prendre, chez quelques sujets, un caractère tellement opiniâtre, que, depuis deux ou trois ans qu'ils sont rentrés en Europe, ils ont inutilement cherché leur guérison dans l'usage des moyens le plus sagement indiqués : les boissons émollientes, les bains, et surtout les sondes élastiques, en ont guéri quelques-uns ; mais, chez un assez grand nombre, l'hématurie est devenue si rebelle, qu'elle ne leur laisse que la triste perspective d'une vieillesse toujours souffrante ».

Cette influence des climats chauds sur la production de l'hématurie n'a rien qui doive étonner. Dans ces climats, la fréquence d'autres hémorrhagies a été plusieurs fois remarquée. Bontius (1) signale les hémoptysies comme très fréquentes dans les Indes. Blumenbach (2) assure que la plupart des Européennes transportées dans la Guinée y périssent d'hémorrhagies utérines ou autres. Toutefois, en reconnaissant cette influence du climat, il restera à expliquer pourquoi le molimen hémorrhagique se montre à l'Ile-de-France sous la forme d'une hématurie ; dans l'Inde, sous celle d'une hémoptysie ; et, à la Guinée, le plus souvent sous une troisième forme ; pourquoi les hématuries de l'Ile-de-France cessent, en général, après la puberté ; pourquoi elles sont souvent accompagnées de la gravelle urique ; enfin, il restera encore à en expliquer la transformation assez fréquente en urine chyleuse.

En Europe et dans les climats tempérés, c'est dans la vieillesse qu'on observe le plus souvent l'hématurie ; le contraire a lieu à l'Ile-de-France, où le pissement de sang attaque sur-

(1) Bontii (Jacobi), *De medicina Indorum*, libri IV, cap. VII. De quibusdam pulmonum vitiis, quæ hic grassantur, ac primum de hæmoptysi.

(2) Blumenbach, *Diss. de generis humani varietate nativa*. Gœtting. 1775, in-4, p. 129.

tout les enfans. Toutefois, il n'y a peut-être pas autant d'opposition entre les deux faits qu'on pourrait le croire au premier abord. En Europe, les hématuries des vieillards sont presque toutes symptomatiques de lésions matérielles des voies urinaires, du cancer des reins ou de la vessie, d'affections calculeuses, etc.; et les hématuries essentielles n'y sont pas assurément plus fréquentes chez les vieillards que chez les enfans.

Dans l'hématurie endémique de l'Ile-de-France, les enfans rendent quelquefois une si petite quantité de sang qu'il ne se forme pas de caillots, et l'émission de l'urine, n'éprouvant aucun obstacle, se fait sans douleur. Alors l'urine a une teinte rosée, analogue à celle qu'on peut produire artificiellement en ajoutant à l'urine saine une très petite quantité de sang. Abandonnées à elles-mêmes, ces urines, légèrement sanguinolentes, offrent, au bout de quelques heures, un sédiment rougeâtre dans lequel il est facile de reconnaître, à l'aide du microscope, les globules sanguins.

Dans ces cas, où la maladie est tout-à-fait bénigne, si on examine toutes les émissions de la journée, l'urine, à de certaines heures, contient peu ou point de globules sanguins et point de caillots fibrineux; mais le plus souvent elle donne, par l'acide nitrique ou la chaleur, des grumeaux d'albumine coagulée.

Parfois même il arrive (au moins on me l'a assuré) que l'urine a, pendant plusieurs jours, toutes les apparences de l'urine saine, et qu'elle devient ensuite de nouveau sanguinolente sans cause appréciable. A ce faible degré, la maladie gêne peu les enfans, qui continuent leurs jeux et leurs études, et conservent toutes les habitudes de la santé.

Lorsque l'hémorrhagie est plus considérable, des caillots peuvent se former dans l'uretère ou dans la vessie, et donner lieu aux accidens qui accompagnent la rétention de l'urine ou la difficulté de son émission. Ces hémorrhagies abondantes se répétant, les enfans deviennent pâles et languissans, et le développement de la constitution est ralenti. Si j'en juge d'après les renseignemens que j'ai recueillis, ou d'après ceux qui m'ont été transmis sur cette maladie, il est rare que les pertes de

sang soient portées à un tel degré qu'elles rendent la constitution cachectique, et que les malades soient atteints consécutivement d'hydropisie générale ou d'œdèmes très prononcés, ainsi que je l'ai plusieurs fois observé à la suite d'hématuries déterminées par des cancers de la vessie, etc. Je remarquerai même à cette occasion que le passage du sang ou de l'albumine dans les urines chyleuses, même en quantité considérable, ne donne jamais lieu à des anasarques aussi prononcées que celles qu'on observe dans la néphrite albumineuse : affection dans laquelle l'hydropisie se déclare quelquefois avant que la constitution se soit profondément détériorée. La présence de l'albumine dans l'urine est, comme je l'ai déjà dit, un phénomène commun à plusieurs altérations de ce liquide; altérations chimiquement distinctes les unes des autres par la proportion des élémens naturels ou accidentels de l'urine, et qui correspondent à diverses maladies des voies urinaires, ou à des altérations du sang qui n'ont pas toutes la même gravité et la même influence sur la production d'une hydropisie.

J'ai déjà fait remarquer que, dans cette espèce d'hématurie endémique, le sédiment de l'urine était presque entièrement composé de sang, ou au moins de globules sanguins et d'acide urique cristallisé. Ces cristaux, en s'agglomérant, donnent quelquefois lieu à de petites masses cristallines (*gravelle urique*), qu'on voit à l'œil nu dans ces sortes de dépôts. La présence de ces graviers peut donner lieu à des coliques néphrétiques, et apporter un obstacle momentané au passage de l'urine, soit de l'uretère dans la vessie, soit de la vessie à travers le canal de l'urèthre. J'ignore si, par suite de la fréquence de cette espèce de gravelle chez les enfans de l'Ile-de-France, on y voit plus souvent qu'ailleurs les adultes et les vieillards atteints de calculs urinaires formés d'acide urique, ou si la facilité avec laquelle ces graviers sont ordinairement rejetés au-dehors avec l'urine, fait qu'ils n'ont pas d'influence très notable sur la proportion des calculs urinaires.

Au reste, en examinant avec soin les sédimens de l'urine à l'œil nu, ou mieux encore à la loupe ou au microscope, on distinguera les cas dans lesquels les douleurs des reins, de l'urè-

thre, de la vessie, etc., sont produites par les graviers, de ceux dans lesquels elles sont déterminées par des caillots sanguins engagés dans ces conduits. J'ajoute que, lorsqu'elles sont occasionées par une inflammation concomitante des voies urinaires, l'examen microscopique de l'urine, en démontrant la présence d'un grand nombre de globules muqueux ou purulens mélangés avec des globules sanguins, dévoilerait cette complication.

§ 789. Dans une troisième forme de la maladie (*urine chyleuse*), l'apparence de l'urine est des plus remarquables. En effet, en vingt-quatre heures, dans un même jour, les malades rendent le plus souvent deux espèces d'urines : l'une, examinée à l'œil nu et au microscope, offre tous les caractères d'une urine sanguinolente (globules sanguins, caillots fibrineux, albumine); l'autre, qui paraît être en général formée quelques heures après la digestion, est d'un rouge pâle; et, abandonnée à elle-même, elles se séparent en deux parties, dont l'une, inférieure, paraît sanguinolente, tandis que l'autre, supérieure, est louche et d'un blanc laiteux ou complètement opaque. Si on examine au microscope une certaine quantité de cette urine d'un blanc laiteux, quelquefois on n'y aperçoit ni globules sanguins, ni matière grasse en globules; d'autres fois, au contraire, on y remarque un assez grand nombre de globules jaunâtres, aplatis, tout-à-fait semblables aux globules sanguins, se dissolvant comme eux dans l'eau et l'acide acétique. Quant à la matière grasse, elle ne se présente point sous forme globuleuse. Je n'ai point observé, non plus, de globules grenus de pus; mais on pourrait y en rencontrer s'il y avait une inflammation concomitante des voies urinaires.

Si on traite par l'éther une certaine quantité de cette urine chyleuse contenant ou non des globules sanguins, elle devient, au bout de quelques heures, complètement transparente, et l'éther employé, soumis à l'évaporation spontanée sur des verres de montre, y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse.

L'urine, ainsi débarrassée de la matière grasse, traitée par l'acide nitrique et la chaleur, donne des grumeaux ou un coagulum d'albumine.

Cette même urine, après la coagulation de l'albumine par la chaleur, filtrée et évaporée à consistance sirupeuse, traitée à froid par l'acide nitrique, donne un magma ou des cristaux de nitrate d'urée.

En examinant cette urine chyleuse comparativement avec un mélange d'urine saine et du chyle rosé recueilli dans le réservoir de Pecquet chez un cheval, l'analogie de ces deux liqueurs, de l'urine chyleuse artificielle et de l'urine chyleuse de l'homme, m'a paru des plus frappantes. Dans l'un et l'autre de ces liquides, on distinguait des globules qui offraient le caractère des globules sanguins; dans l'un et l'autre, il y avait de l'albumine et une petite quantité de fibrine; enfin tous deux contenaient une quantité considérable de matière grasse.

Quant aux urines albumino-graisseuses, elles ressemblaient à une urine dans laquelle on aurait ajouté les élémens organiques du chyle, moins ses globules. Cette espèce d'urine chyleuse, considérée dans ses rapports avec le chyle, était évidemment analogue aux urines albumineuses qui dérivent du sang.

Dans un cas cité plus haut (3e Série, Obs. XVIII), et dans un autre que j'ai rapporté ailleurs (1), il a été constaté que cette espèce d'hématurie avec urine chyleuse coïncidait avec une altération particulière du sang dont la constitution se rapprochait beaucoup de celle du chyle du canal thoracique. Des recherches ultérieures prouveront jusqu'à quel point cette liaison, que je crois probable, est constante.

Plusieurs individus offrant cette urine chyleuse, jouissaient en apparence d'une bonne santé : un seul, à ma connaissance, et dont j'ai rapporté l'histoire, était atteint d'une goutte sereine; affection tout exceptionnelle, qui ne m'a pas paru avoir de liaison avec l'altération de l'urine et l'altération probable du sang. Deux des malades qui offraient une urine chyleuse étaient sujets à la goutte; et chez tous la coïncidence d'une gravelle urique ou d'un sédiment d'acide urique cristallisé dans l'urine a été noté. Ce cas, et d'autres cas analogues,

(1) Rayer, *Recherches sur les urines chyleuses, laiteuses et huileuses, observées en Europe.* (L'expérience, t. 1, p. 657.)

dans lesquels certaines dispositions morbides de la constitution se sont manifestées par des formes maladives différentes, et dans des appareils d'organes différens, appartiennent à un ordre de faits que les pathologistes et les thérapeutistes ne peuvent trop méditer.

Une des circonstances les plus remarquables de l'hématurie endémique de l'Ile-de-France est sans contredit cette transformation, plusieurs fois observée, de l'urine sanguinolente en une urine chyleuse, ou en une urine albumineuse et graisseuse. Depuis que mon attention s'est spécialement dirigée vers l'étude des maladies des reins, j'ai, il est vrai, plusieurs fois constaté la transformation de l'urine sanguinolente dans la néphrite albumineuse, dans le purpura et le scorbut avec hématurie, en une urine albumineuse; et il y a plusieurs années que j'ai signalé ce fait à ma visite à l'hôpital de la Charité. Dans l'hématurie endémique, ou au moins dans quelques cas de cette hématurie, lorsque l'urine perd son apparence sanguinolente et qu'elle prend un aspect laiteux ou chyleux, non-seulement elle contient de l'albumine, mais encore une quantité considérable de matière grasse. Or, sur plus de deux cents malades atteints de néphrite albumineuse avec hydropisie (maladie de Bright) que j'ai observés avec soin, pas un ne m'a présenté une urine laiteuse ou chyleuse; chez plusieurs, l'urine, légèrement trouble comme le petit lait non clarifié, contenait certainement plus de matière grasse que l'urine saine. Mais chez aucun la proportion de la matière grasse n'était assez considérable pour donner à l'urine un aspect laiteux ou chyleux.

D'un autre côté, en lisant avec soin la relation des cas d'urines laiteuse ou chyleuse observés en Europe (après avoir écarté ceux qui ne sont autre chose que des cas d'urine purulente), on ne trouve pas que cet aspect laiteux ou chyleux de l'urine ait été précédé d'une véritable hématurie. M. Prout, en particulier, qui a étudié avec le plus grand soin cette altération de l'urine, ne fait pas mention du pissement de sang, soit avant, soit pendant, soit après l'émission des urines chyleuses.

§ 790. Que l'hématurie endémique de l'Ile-de-France soit simple ou compliquée de gravelle d'acide urique, ou qu'elle soit

remplacée par une urine chyleuse, cette maladie affecte toujours une marche *chronique*. L'hémorrhagie cesse quelquefois pendant plusieurs jours ou plusieurs semaines ; puis elle se reproduit et se prolonge pendant plusieurs années, présentant de temps à autre des intermissions ou des rémissions plus ou moins marquées. Le grand nombre d'individus qui sont attaqués de cette affection, depuis l'enfance jusqu'à la puberté, indique évidemment une influence du climat ; mais, d'un autre côté, la prolongation de l'hématurie quelquefois pendant plusieurs années après une émigration ou un voyage en Europe, prouve incontestablement que la maladie devient constitutionnelle. Aussi est-il quelquefois arrivé que cette espèce d'hématurie endémique est devenue *périodique*, comme certaines hématuries indépendantes du climat, que les pathologistes désignent aussi sous le nom de constitutionnelle, et dont la suppression accidentelle ou opérée par l'art a été suivie le plus souvent d'accidens plus ou moins graves.

L'hématurie endémique de l'Ile-de-France occasionne rarement des accidens assez graves pour déterminer la mort. J'ignore si des autopsies d'individus morts de cette maladie ont été faites par des médecins de l'Ile-de-France, et s'ils ont constaté avec soin l'état anatomique des voies urinaires. M. Salesse possède toutes les connaissances nécessaires pour remplir utilement cette lacune, et je ne doute pas qu'il ne la fasse disparaître un jour.

Cette maladie s'améliorant presque toujours par le séjour des colons en France, je n'ai été qu'une fois dans le cas de faire des recherches analogues.

Dans un cas d'hématurie avec urine chyleuse (3e Série, Obs. XVI), le sang, examiné superficiellement, ne parut pas présenter d'altération notable ; mais, dans un autre cas tout-à-fait analogue, le sang offrait une déviation notable de son état normal ; il contenait moins de fibrine, plus d'albumine et de matière grasse que le sang sain, et se rapprochait du chyle par ses caractères physiques et sa composition.

Lorsqu'on voit à l'Ile-de-France un enfant pris d'hématurie, non-seulement la nature de la maladie est bientôt reconnue par

le médecin, mais il est rare même que les parens de l'enfant ne la reconnaissent pas eux-mêmes, tant le fait est vulgaire. J'ai acquis la preuve, au contraire, qu'à Paris la véritable nature de cette hématurie échappe souvent aux médecins consultés par les colons atteints de cette affection; et je me rappelle que j'éprouvai moi-même quelque étonnement, lorsque l'un de ces jeunes colons me dit que presque tous les enfans de l'Ile-de-France étaient atteints de pissement de sang. Je crois donc devoir insister sur les circonstances qui caractérisent l'hématurie endémique; j'écarte d'abord, à dessein, le fait de son origine, et je demande si l'on voit, en France par exemple, chez les enfans, une hématurie indépendante de violences extérieures, de corps étrangers dans les voies urinaires (les faits de la première Série sont dans ce cas), persister, pendant plusieurs mois ou plusieurs années quelquefois, sans douleur et sans altération notable de la constitution? Je demande si on y observe, à la suite des hématuries chroniques, le changement remarquable d'une urine sanguinolente en une urine chyleuse ou d'apparence laiteuse?

Chez les enfans atteints de gravelle et de calculs d'acide urique, l'urine est quelquefois sanguinolente comme dans l'hématurie endémique de l'Ile-de-France. Dans les deux cas, elle donne un dépôt dans lequel on remarque un grand nombre de cristaux d'acide urique; mais, je le répète, chez les enfans nés en Europe, après la cessation des coliques néphrétiques produites par un calcul, on n'observe pas, comme à l'Ile-de-France, une certaine quantité de sang dans l'urine, tous les jours et pendant plusieurs mois ou plusieurs années, et cela quelquefois sans dérangement notable de la constitution. D'ailleurs, chez les colons, l'invasion de la maladie, sans causes occasionnelles, appréciables, à un âge où les enfans en sont fréquemment attaqués dans le pays où elle règne d'une manière endémique, sa persistance malgré une foule de remèdes, sa diminution pendant la traversée d'un voyage en Europe, sa guérison par le séjour sur le continent, sa reproduction fréquente après le retour à l'Ile-de-France, sont des caractères qui spécifient suffisamment cette affection.

Le pronostic de l'hématurie endémique de l'Ile-de-France n'a pas le même degré de gravité dans toutes les formes de la maladie. Les accidens qu'occasionne l'hématurie simple sont moins douloureux que ceux que produit l'hématurie avec gravelle urique, et, autant que j'en puis juger d'après un petit nombre d'observations, la transformation d'une urine sanguinolente en une urine chyleuse indique une altération plus profonde de la constitution. Cependant j'ai rapporté l'observation d'un homme d'une quarantaine d'années qui paraît jouir d'une très bonne santé, quoique son urine soit habituellement albumino-graisseuse.

§ 791. Les observations et les expériences faites à l'Ile-de-France et en Europe sur le *traitement* de l'hématurie endémique de l'Ile-de-France peuvent être ainsi résumées :

Abandonnée à elle-même (*méthode expectante*), cette hémorrhagie habituelle, compliquée ou non de gravelle, guérit spontanément, sans émigration, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, lorsqu'elle n'est pas assez abondante pour détériorer la constitution.

De continue qu'elle était dans son principe, cette hématurie devient quelquefois périodique, forme sous laquelle plusieurs médecins du pays conseillent de la respecter.

A l'Ile-de-France ou sur le continent, la saignée combinée avec l'administration des boissons acidulées, avec l'emploi du ratanhia et l'aide du repos, a suspendu pour quelque temps l'hémorrhagie.

Mais les émissions sanguines, quelquefois nécessaires au début de cette hématurie, ou dans son cours en quelques cas exceptionnels, sont formellement contre-indiquées dans une foule de cas où des pertes de sang répétées ont détérioré la constitution. De tels remèdes, dans de semblables conditions, ne sont que des palliatifs, dont l'emploi ne saurait être justifié par l'amélioration momentanée qu'ils ont quelquefois procurée. Lorsque les enfans sont devenus pâles et languissans après ces sortes d'hémorrhagies, les préparations ferrugineuses sont utiles; les bons effets de ces préparations sont favorisés par une nourriture substantielle et un exercice modéré.

Des individus atteints de ce pissement de sang ayant contracté une blennorrhagie, le copahu employé contre cette dernière affection en a non-seulement procuré la guérison, mais encore celle de l'hématurie.

Lorsque l'hématurie endémique de l'Ile-de-France est compliquée de gravelle d'acide urique, il faut associer aux moyens précédemment indiqués les poudres et les boissons alcalines, jusqu'à ce que le dépôt de l'urine abandonnée à elle-même ne contienne presque plus d'acide urique cristallisé.

La dégénération de cette hématurie en une urine chyleuse ou en une urine albumineuse et graisseuse a été combattue avec succès par la teinture de cantharides; ce que la théorie n'eût certainement pas indiqué *a priori*.

Lorsque cette hématurie résiste aux moyens précédemment indiqués, l'émigration est le meilleur moyen que l'on puisse conseiller pour faire cesser la maladie. Il faut soustraire l'enfant à l'influence des causes qui la produisent. En effet, il a suffi à quelques individus de quitter l'Ile-de-France et de venir habiter en Europe un pays tempéré, sans s'assujétir à aucun remède, pour obtenir la guérison de leur hématurie. Il est vrai que chez plusieurs colons la guérison n'a été que temporaire, la maladie s'est déclarée de nouveau peu de temps après leur retour à l'Ile-de-France, ou bien ils ont présenté une autre altération de l'urine (urine chyleuse, ou urine albumineuse et graisseuse). Il faut même reconnaître qu'un voyage en France n'est pas un moyen infaillible; que chez plusieurs colons la maladie a continué sans être sensiblement modifiée par le changement de climat, mais alors aussi la plupart des remèdes ont échoué, ou l'amélioration s'est déclarée si tardivement et si obscurément, que les causes en sont restées indéterminées.

§ 792. Les observations des médecins du Brésil sont conformes à celles des médecins de l'Ile-de-France sur le traitement de l'urine chyleuse; ils s'accordent pour recommander les bains froids salés, les toniques, les ferrugineux, les astringens, tout en reconnaissant que la cessation de la maladie est quelquefois indépendante de l'action des remèdes.

M. Quevenne (1) a publié l'histoire très détaillée d'une femme née à l'Ile-Bourbon en 1761 et que j'ai été dans le cas de voir, en mars 1839, avec M. Velpeau et M. Rivière son médecin ordinaire. Cette femme âgée de 78 ans, avait rendu des urines dites laiteuses (albumino-graisseuses), depuis l'âge de 25 ans jusqu'à l'âge de 75 ans ; ces urines se prenaient quelquefois en gelée et contenaient souvent une assez grande quantité de sang. A l'âge de 73 ans, et pendant plusieurs mois de suite les urines furent naturelles, et la malade se crut guérie. Au commencement de 1837, cette femme quitta Bourbon ; il y avait alors un an que ses urines étaient naturelles. Après environ un mois et demi de navigation les premiers symptômes de la maladie reparurent avec une nouvelle intensité ; les urines devinrent plus troubles que jamais, et les forces diminuèrent avec l'appétit.

Depuis son arrivée en France, madame B... a eu plusieurs inflammations de poitrine, qui ont été combattues avec succès par les saignées locales, les dérivatifs, les boissons émollientes et la diète. La constitution de cette urine albumino-graisseuse était tout-à-fait analogue à celle que j'avais observée dans les cas rapportés plus haut ; mais je m'étais borné dans mes expériences à indiquer les principaux élémens de ces urines albumino-graisseuses. M. Quevenne a donné une analyse quantitative de l'urine qu'il a observée et dont voici les résultats :

A l'examen microscopique cette urine présentait 1° des globules sanguins altérés. 2° Des globules ayant l'aspect de globules de mucus ou de pus. 3° Des lamelles d'épithélium.

A l'analyse elle a donné :

1° Huile grasse aromatique.	1,90
2° Albumine.	0,70
3° Matières extractives et salines se divisant en partie extractive soluble dans l'alcool et lactate d'urée. .	1,20
A reporter.	3,80

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales* ; 1839.

Report.	3,80
4° Partie extractive insoluble dans l'alcool et sels consistant en chlorures, phosphates et sulfates et acide urique.	1,10
5° Eau.	95,10
	100,00

§ 793. Je terminerai ce chapitre par quelques remarques et un petit nombre d'observations sur l'*apoplexie rénale*, sorte d'hémorrhagie dans laquelle le sang s'épanche en quantité plus ou moins considérable dans la substance des reins, quelquefois sans donner lieu à une *hématurie*.

Ces dépôts de sang dans les reins ont été observés dans une des trois conditions indiquées plus haut (§ 763). J'ai vu les deux reins d'un enfant nouveau-né, décolorés, anémiques dans presque toute leur étendue et une de leurs extrémités occupée par un très grand nombre de grosses pétéchies : les bassinets, les uretères et la vessie ne contenaient point de sang. Chez un vieillard dont l'urine n'était point sanguinolente, j'ai trouvé, au-dessous de la membrane fibreuse d'un des reins, une forte cuillerée à café de sang liquide; il y avait de petits corps cartilagineux dans la substance tubuleuse. Chez un adulte, j'ai observé un cas tout-à-fait semblable. Chez un enfant mort de tétanos, avec gangrène d'un des orteils, et qui n'avait point éprouvé d'hématurie, le rein droit présentait à sa surface un grand nombre d'ecchymoses noires, isolées sur quelques points et confluentes sur quelques autres. Ces ecchymoses pénétraient, à plusieurs lignes de profondeur, dans la substance corticale. Le tissu cellulaire de la scissure du rein était infiltré de sang. Le rein du côté opposé offrait une altération analogue, mais à un moindre degré.

Il est rare de trouver des pétéchies, des ecchymoses, de petits foyers sanguins dans la substance tubuleuse, dont le tissu est moins vasculaire et plus serré que celui de la substance corticale.

Le tissu cellulaire qui accompagne les vaisseaux du rein ou qui entoure cet organe peut être largement infiltré de sang.

§ 794. M. le docteur Bazin m'a fait remettre un rein dont les altérations, fort remarquables, appartenaient à l'apoplexie rénale.

Ce rein, beaucoup plus volumineux qu'un rein sain, pesait six onces et six gros; il avait quatre pouces et demi de long, trois pouces environ de large et un pouce et demi d'épaisseur. A la face postérieure de ce rein, on remarquait un grand nombre de plaques proéminentes, d'un jaune fauve, irrégulières à leur contour, et séparées les unes des autres par de petites bandes ou de petits îlots de substance rénale saine. Si on incisait ces plaques suivant leur épaisseur, la substance corticale paraissait infiltrée d'une matière jaune, solide. A la circonférence de la coupe, on remarquait une ligne brune, noirâtre. Cette matière jaune, examinée au microscope, avait une apparence grenue, sans forme déterminée, et des globules sanguins étaient enchevêtrés dans son épaisseur. On n'y observait pas de globules de pus et on ne voyait pas de grains purulens à la surface du rein.

Le rein du côté opposé offrait des altérations analogues.

Le malade avait présenté quelques dérangemens des fonctions urinaires, mais il n'existait ni rétrécissement de l'urèthre, ni calcul des reins ou de la vessie, ni rétention d'urine pendant la vie.

§ 795. Dans le cas suivant, l'altération des reins était plus remarquable encore :

Baillet (Etiennette), âgée de 49 ans, brunisseuse, d'une grande stature et de beaucoup d'embonpoint, malade depuis une quinzaine de jours, entra à l'Hôtel-Dieu, le 1er mars 1839.

Sa maladie avait débuté, sans cause connue, par des douleurs dans le bas-ventre et dans les membres inférieurs; les jambes étaient devenues enflées et noirâtres. Trois ou quatre jours avant son admission à l'hôpital, il s'était joint, aux premiers accidens, de l'oppression, avec toux et crachats peu abondans. La malade avait une expression de souffrance; les douleurs persistaient; mais les jambes n'étaient ni enflées, ni noirâtres. Cette femme avait de l'oppression, de la toux et rejetait quelques crachats muqueux, verdâtres. En arrière, à la base de la poitrine, on entendait quelques bulles de râle sous-crépitant; le pouls donnait 96 pulsations par minute. Aucune médication active ne fut mise en usage, et à la visite du 3 mars, la malade venait de succomber.

A l'autopsie du cadavre, faite le lendemain, M. le docteur Barth, ayant remarqué que les reins offraient une altération rare, m'apporta ces deux organes. Le rein droit, de grandeur naturelle, offrait à sa surface extérieure un mélange fort remarquable de plaques brunâtres, foncées, et d'autres d'une couleur de chamois. Les premières formaient des espèces de nodosités, granulées et dures au toucher, et elles ressemblaient (par la forme seulement) à certains groupes de tubercules crus qu'on rencontre quelquefois dans les poumons. Les plaques jaunâtres étaient également saillantes, mais moins inégales ; toutes étaient cernées par une ligne irrégulière d'un rouge brun foncé. Il y avait à la surface du rein de seize à vingt de ces plaques brunes et jaunâtres, quelques-unes très petites, d'autres de la dimension d'une pièce de vingt sous. Une très large plaque était située transversalement sur la face postérieure du rein. Cette plaque, qui était jaunâtre et entourée d'un liséré rouge, ressemblait parfaitement aux plaques qu'on voit quelquefois à l'extérieur de la rate et qui sont formées par des dépôts fibrineux. Les autres plaques, plus petites, étaient presque toutes irrégulièrement ovalaires.

A la coupe du rein, on était frappé de la ressemblance de ces masses avec les masses fibrineuses qu'on rencontre plus souvent dans la rate. La coupe des bosselures rouges, foncées, présentait une *infiltration sanguine*, noire et dure, de la substance rénale et principalement de la substance corticale. Ces noyaux faisaient saillie, à la coupe, comme à l'extérieur du rein, et se terminaient quelquefois subitement ; d'autres fois leur teinte se fondait graduellement dans la substance rénale plus ou moins injectée. Quelques-unes de ces petites masses noires et toutes celles qui étaient jaunâtres à l'extérieur, formaient un tissu jaune, d'aspect fibrineux, dans lequel cependant on pouvait encore distinguer des traces de l'organisation primitive du tissu infiltré. Cette matière jaune était légèrement granulée, et sa circonférence était cernée par une ligne ondulée, d'un rouge foncé. La substance tubuleuse était gorgée de sang par places ; mais la substance corticale était presque exclusivement le siège des dépôts jaunes. Ces dépôts se trouvaient principalement

près de la surface de la substance corticale ; d'autres étaient profondément situés. Plusieurs, sous forme de petits îlots jaunes, cernés par une ligne rouge foncée, existaient entre les cônes dans les prolongemens de la substance corticale. De petites stries de substance corticale saine se voyaient dans l'intérieur de quelques noyaux apoplectiques. La veine et l'artère rénales étaient saines. Le bassinet et l'uretère ne présentaient rien de particulier.

Le rein gauche offrait la même altération que le rein droit ; mais l'apparence en était un peu différente : l'infiltration sanguine était plus étendue ; les deux substances du rein étaient affectées ; les noyaux apoplectiques étaient moins durs ; cependant on pouvait les écraser sans en exprimer beaucoup de liquide. Les masses fibrineuses étaient rares.

L'artère rénale contenait un caillot fibrineux, blanchâtre et ramifié, mais non adhérent à ses parois. Les divisions de la veine rénale étaient parfaitement libres et vides ; leurs parois étaient teintes de sang ; le bassinet et l'uretère étaient sains.

Les autres organes n'offrirent aucune altération.

§ 796. Les hémorrhagies dans la substance des reins existent quelquefois en même temps qu'une inflammation suppurative de ces organes. M. le docteur Mitivier, médecin de la Salpêtrière, m'a fait voir un cas de ce genre, fort remarquable :

H..., âgée de 52 ans, apparence d'une bonne constitution, fut admise, en 1812, dans la division des aliénées de la Salpêtrière. Elle avait pris en affection un jeune chat, auquel elle brisa le rachis dans un mouvement de colère. Depuis elle s'était procuré un autre chat qu'elle ne pouvait pas quitter un seul moment. Ses accès de folie étaient irréguliers, et ils étaient principalement caractérisés par des propos incohérens, des vociférations.

Depuis deux ou trois jours, elle se plaignait de céphalalgie, de malaise général et d'inappétence. On pensa qu'un accès allait se manifester ; mais le lendemain, 14 mars 1839, cette femme parut dans l'abattement, se plaignit de céphalalgie et d'un malaise général. Il y avait de la fièvre ; 30 sangsues furent appliquées au siège. Le même jour, à dix heures et demie du

soir, tout-à-coup, agitation, perte de connaissance, mouvemens convulsifs; mort le lendemain à cinq heures et demie du matin.

Autopsie du cadavre, 25 heures après la mort.

Tête et rachis. Les os du crâne et les vaisseaux intra-crâniens n'offrent rien de notable. Il y a une assez grande quantité de la sérosité demi transparente dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien et dans la pie-mère. Sur la convexité des hémisphères du cerveau, et spécialement sur le lobe postérieur du côté gauche, on trouve sur la pie-mère de petites taches rouges, circulaires, isolées, et offrant la plupart à leur centre un petit noyau blanchâtre, ferme et consistant. La plus large de ces taches est située à la réunion du lobe postérieur avec le moyen, près de la scissure interlobulaire et au-dessus du corps calleux. Dans ce point la pie-mère est adhérente, et, lorsqu'on veut la détacher, on entraîne avec elle la pulpe cérébrale. On voit alors manifestement un caillot de sang noirâtre qui pénètre dans l'épaisseur de la circonvolution, et, en projetant un jet d'eau sur ce point, on mit à découvert une petite cavité à parois anfractueuses et rosées, remplie par du sang coagulé et qui aurait pu contenir un haricot. Dans l'étendue d'une ligne et demie environ au pourtour de ce petit foyer, la substance cérébrale était ramollie, grisâtre et rosée par point.

Non loin de ce foyer hémorrhagique, mais plus en dehors et en arrière, en détachant la pie-mère, nous enlevâmes en même temps une petite couche de substance corticale, ramollie et comme purulente. Un jet d'eau projeté sur cette partie du cerveau y rendait très apparens une foule de filamens grisâtres, rosés. Cette altération ne s'étendait pas à la substance médullaire. Il y avait çà et là, à la surface externe de la pie-mère, de petits corps blancs jaunâtres, analogues, pour le volume et pour la forme, aux glandes de Pacchioni, mais d'une plus grande consistance. Quelques-unes avaient déprimé la substance cérébrale, de manière à y former de petites loges. Dans tous les points correspondant aux taches rouges déjà décrites, il y avait un petit coagulum, du volume de la tête d'une grosse épingle, noir et comme incrusté dans l'épaisseur des circonvolutions.

Trois petits dépôts sanguins analogues existaient à gauche

dans le centre ovale de Vieussens. De l'eau, versée sur ce point, chassait le petit caillot, et à sa place on voyait une petite cavité à parois rosées, fermes et parfaitement circonscrites, sans altération de couleur ou de consistance de la pulpe cérébrale environnante.

Un seul petit caillot existait dans la substance blanche de l'hémisphère droit du cervelet, près du corps rhomboïdal. La membrane du quatrième ventricule était épaissie, demi-transparente. Il y avait peu de sérosité dans les ventricules.

Les plexus choroïdes étaient très volumineux, d'un gris sale et comme boursouflés. La moelle épinière et ses enveloppes n'offraient rien de remarquable.

Thorax. Le péricarde était rempli de sérosité lactescente et de productions membraniformes, blanchâtres, recouvrant la face interne, tant du feuillet pariétal que du feuillet viscéral de cette enveloppe. Le cœur, près de son sommet, semblait comme érodé en deux points; le tissu charnu du cœur, décoloré, était d'un gris jaunâtre et ramolli. Pas d'altération appréciable ni aux orifices, ni aux valvules du cœur. L'oreillette droite était remplie par des caillots jaunâtres.

Les poumons étaient sains.

Abdomen. Le foie était très volumineux, sans présenter d'altération notable; un sang noir et poisseux ruisselait de ce viscère quand on y pratiquait des incisions. On voyait dans le jéjunum des taches rouges, dont l'une, du diamètre d'une pièce de vingt sous, ressemblait à une ecchymose. La membrane muqueuse n'était pas altérée dans l'intervalle des taches. Le reste de l'intestin était remarquable par sa blancheur.

Le rein droit, volumineux, fortement lobulé, était généralement d'un rouge assez vif. On voyait à sa surface une foule de points d'un rouge très foncé, du volume de la tête d'une petite ou d'une grosse épingle, et qui correspondaient à de petits dépôts de sang dans la substance corticale. Près de ces grains noirs, on remarquait d'autres points jaunâtres, formés par une gouttelette de pus. On voyait également, à la surface de ce rein, de petits points purulens entourés par une auréole rouge ou rosée. La membrane externe étant détachée du rein, il

restait à la face interne de cette membrane des taches rouges assez nombreuses.

A la coupe, on voyait dans l'intérieur du rein la même apparence qu'à l'extérieur, c'est-à-dire un mélange de points d'un rouge-brun noirâtre, gros comme un grain de millet, et des points purulens plus petits encore. Il y avait dans la substance tubuleuse un assez grand nombre de points purulens, et seulement quelques petits dépôts de sang. Rien autre de bien notable. Le bassinet, grisâtre, était sillonné par une foule de petits vaisseaux, la plupart veineux et bleuâtres. L'artère et la veine rénales étaient saines.

Le rein gauche présentait les mêmes altérations que le rein droit.

Tous les autres viscères, examinés avec soin, ne présentèrent rien de notable. Il n'y avait à la surface du corps ni pétéchies, ni ecchymoses.

Historique.

§ 797. L'attention toute particulière que les anciens apportaient à l'examen des apparences de l'urine dans les maladies, les conduisit à noter soigneusement les conditions dans lesquelles on observe des *pissemens de sang* ou des *urines sanguinolentes*. Hippocrate (1) dit que certaines hémorrhagies proviennent des reins (αἷμα οὐρέειν), et d'autres de la vessie. Quant à la cause de ces pissemens de sang, c'est, d'après Hippocrate, une *rupture* de veine, opérée soit par un gravier, soit par une ulcération du rein, soit même par d'autres causes. Pour Hippocrate, le pissement de sang (οὔρησις αἱματώδης) et les urines sanguinolentes (οὖρα αἱματώδεα) sont généralement, sinon toujours, l'indice d'une lésion des reins ou de la vessie (2). Toutefois, on a assez généralement pensé qu'Hippocrate, en disant que, dans les maladies de la rate, les urines étaient semblables à de la

(1) Hippocratis *Opera omnia*, Aph. IV, 77 et 79.

(2) *Ibid.*, in-fol. Francofurti, 1621. de intern. affect., p. 540.

lavure de chair (1), avait voulu dire que l'urine était sanguinolente dans ces affections. Et c'est probablement d'après ce passage, ainsi interprété, que les médecins arabes, et ceux qui écrivirent dans le XVIe et le XVIIe siècles, avancèrent que l'urine pouvait être sanguinolente par maladie de la rate, et même par maladie du foie; mais il est très probable qu'en parlant de l'apparence de l'urine dans les maladies de la rate, Hippocrate fait allusion aux urines rouges et aux dépôts briquetés qu'on observe à la fin des accès de fièvre intermittente, ou dans plusieurs maladies du foie, et notamment dans la cirrhose. Quant aux maladies de la rate, je ne puis dire qu'une chose, savoir, que l'urine n'a nullement les caractères d'une urine sanguinolente dans les engorgemens de ce viscère à la suite des fièvres intermittentes.

Pour Celse, l'urine sanguinolente (*urina cruenta*) est aussi l'indice d'une affection des voies urinaires. C'est un des signes de la blessure des reins (2), des maladies de la vessie (3), et notamment des calculs vésicaux, cas dans lequel l'urine, tantôt sanguinolente et tantôt purulente, est rendue avec douleur et goutte à goutte.

Rufus (4) distingue aussi les hémorrhagies qui proviennent des reins de celles qui proviennent de la vessie. Dans le premier cas, il attribue l'urine sanguinolente à la *débilité des reins;* et, suivant, dit-il, que les ouvertures par lesquelles le sang s'écoule sont plus ou moins larges, l'urine contient soit la partie la plus ténue du sang, soit des caillots semblables au poumon de mer. Rufus mentionne la faiblesse et la pâleur consécutives à des hémorrhagies rénales abondantes, les inconvéniens du coït, etc.

Comme Hippocrate, Archigène (5) pense que les hémorrha-

(1) *Ibid.* Epid., lib. 4. Epid., lib. 7.

(2) Celsus, *de re medica*, lib. V, signa percussorum renum, p. 209, in-18. Paris, 1823, cur. Fouquier et Ratier.

(3) *Ibid.*, lib. II, sect. VII, p. 51.

(4) Rufus. *In* Aetii *tetrabibl.*, sermo II, p. 592.

(5) Archigenes. *In* Aetii *tetrabibl.*, sermo III, p. 593.

gies rénales sont le résultat de la rupture d'une veine; que les pissemens de sang sont plus communs dans l'âge mûr et chez les jeunes gens qui abusent des plaisirs vénériens. Il recommande la saignée et l'application de ventouses pour les cas où l'hémorrhagie coïncide avec une inflammation des reins. Puis il indique d'autres remèdes pour les cas où le pissement de sang est lié à une ulcération de cet organe.

Galien (1) rattache aussi particulièrement les pissemens de sang et les urines sanguinolentes à une lésion des voies urinaires. Il parle de grumeaux de sang qu'on observe dans l'urine chez les individus qui sont atteints d'affections calculeuses, et il rapporte (2) un cas de chute suivie de pissement de sang, puis de rétention d'urine, produite par la rétention du sang dans la vessie; cas dans lequel les yeux de la sonde furent bouchés par le sang.

En résumé, pour le plus grand nombre des médecins grecs et latins, la présence du sang dans l'urine était l'indice d'une affection des voies urinaires avec rupture d'une veine; mais Arétée (3) avait fait une remarque importante, savoir, qu'on observait quelquefois, chez des individus d'une constitution particulière, un pissement de sang, qu'il compare au flux hémorrhoïdal.

Hippocrate, Galien et Celse avaient particulièrement signalé le pissement de sang comme symptôme des lésions des reins et de la vessie; Rufus avait admis que la faiblesse des reins était une cause de pissement de sang; Arétée avait décrit une hématurie liée comme les hémorrhoïdes à un état particulier de la constitution : pour les médecins arabes, le pissement de sang (*mictus sanguinis*) et l'urine sanguinolente (*urina sanguinea*) eurent la même signification. Ils firent en outre mention de l'urine sanguinolente dans quelques maladies

(1) Galeni. *Opera*, classis IV, t. II, p. 76, in-fol. Basileæ, 1562.

(2) *Ibid.*, p. 79.

(3) Aretæi. *De causis et signis acut. et diuturnor. morb.*, p. 53, in-fol. Lugd. Batav., 1735.

aiguës (1) et dans des cas de pléthore ; mais en donnant plus de développement à certaines opinions peu fondées des médecins grecs et latins, ils contribuèrent à les répandre, comme on peut s'en convaincre en consultant comparativement ce qu'ils ont écrit sur les urines sanguinolentes dans les maladies de la rate, sur les urines semblables à de la lavure de chair dans les maladies du foie (2) ; sur les pissemens de sang provenant des parties supérieures ; sur les urines sanguinolentes, suite de faiblesse des reins (3) ; avec ce qu'ont écrit les meilleurs auteurs de la renaissance, Fernel (4) et Foreest, par exemple, sur les causes des hémorrhagies rénales.

J'ai déjà dit que certains pissemens de sang avaient été attribués à des maladies de la rate. A l'appui de cette opinion, Martin Bogdan (5) cite un cas d'hématurie qu'il croyait produit par la compression que la rate tuméfiée exerçait sur le rein gauche. Pour moi, le fait n'est pas concluant, et j'ajoute que j'ai vu quelques cas de déformation du rein résultant de la compression opérée par la rate engorgée ou par d'autres tumeurs, et sans qu'il en soit jamais résulté d'hémorrhagie. J'ai fait figurer deux de ces cas d'aplatissement du rein (ATLAS, Pl. XXXIX, fig. 4. — Pl. XL, fig. 4).

(1) Avicenne. *Libri in re medica omnes*, lib. I, fen II, sect. 3, p. 141, in-fol. Venetiis, 1614.

(2) *Ibid.*, lib. III, fen XIX, tract. 2, p. 884.

(3) *Ibid.*, lib. III, fen XVIII, tract. 1, p. 852.

(4) Fernel. *Universa medicina*, pathologia, lib. VI, cap. XIII, p. 549, in-fol. Coloniæ Allobrogum, 1679 : « Quæcunque hujus aliæ causæ tradi solent, ut *renum imbecillitas*, simplex eorum apertio, *jecoris infirmitas*, plethora, mensium aut hæmorrhoïdum suppressio ». Toutefois dans un autre passage, Fernel combat l'opinion des médecins qui attribuent certains pissemens de sang à des maladies du foie. Plus tard, Reusner (Schenck. *Obs. med. rar.*, p. 468) crut pouvoir combattre à son tour l'opinion de Fernel, se fondant sur la tuméfaction qu'il disait avoir observée dans la région du foie dans quelques cas de pissement de sang et sur les avantages de la saignée. Pour la solution de la question, je n'ai pas besoin d'ajouter que ces deux remarques n'ont aucunement la valeur que Reusner leur attribue.

(5) Cité par Bonet, *Sepulcretum*, t. II, p. 572.

Houllier dit avoir vu deux jeunes gens qui urinaient du sang pour s'être livrés à des excès vénériens; il cite un cas d'hématurie dans lequel le pissement de sang suppléait, tous les mois, les règles supprimées (1). Le commentateur d'Houllier renouvela l'opinion consignée dans les auteurs arabes, que le sang provenant de la poitrine pouvait être expulsé par les reins.

Dodoens (2) publia un cas de pissement de sang qu'il attribua à la *faiblesse* des reins, cause admise par Rufus.

Marcel Donati (3) rapporta un exemple bien caractérisé d'hémorrhagie ayant lieu à-la-fois par les voies urinaires et par d'autres voies. Sylvius remarqua que le pissement de sang (*mictio cruenta*) était quelquefois une *crise* qu'il ne fallait pas arrêter : *Nisi vacuatione immodica vires dejiciant.*

L'auteur de la première collection anatomico-pathologique, Schenck (4), cita un cas dans lequel un individu pléthorique avait rendu à-la-fois du sang par les voies urinaires et par l'intestin. Le même auteur parle d'une religieuse, qui, ses règles ayant été supprimées pendant quelques mois, eut des pissemens de sang abondans. Plus tard, des exemples analogues d'hématuries supplémentaires et intermittentes ont été rapportés par divers observateurs. (5)

Il est rare que la perte du sang dans les hématuries soit assez considérable pour occasioner une mort subite. Au cas que j'ai rapporté (§ 766, p. 337), on peut ajouter le suivant, raconté par Fabrice de Hilden (6) : « Un noble de Lausanne,

(1) Hollerii *Opera*, pag. 406, in-fol. Paris, 1664.

(2) Dodonœi. *Med. obs. exempla rara*, obs. XXXII, p. 56, in-18, Hardervici, 1521.

(3) Marcel Donati *cité* par Lordat, *Traité des hémorrhagies*, in-8, Paris, 1808, p. 93.

(4) Schenck. *Obs. med. rar.*, in-fol. Lugduni, 1744, p. 468.

(5) Christophe Burgmann, in *Commerc. litter. Noremberg*, 1733, p. 384. — Henri van Heer, in *Act. nat. cur.*, vol. III, obs. 31. — Valerius, cité par Schenck, *obs. med.*, p. 468. — De Houst, in *Ephem. nat. cur.*, dec. II, an. 6, p. 174. — Van Wenk, *ibid.*, dec. II, an. 6, p. 259. — Kaiman, in *Act. nat. cur.*, vol. VI, obs. 3. — Le Bœuf, dans l'*ancien Journal de Médecine*, t. V, p. 80.

(6) Fabric. Hildani, *Cent.* VI, *obs.* 45.

parlant en public à ses vassaux, tomba en défaillance, et mourut d'un pissement de sang qu'il avait depuis trois semaines, et dont il n'avait pas parlé par pudeur. »

L'opinion que certaines hémorrhagies rénales étaient dues à la faiblesse des reins, fut reproduite par Foreest (1), à l'occasion du cas d'une femme qui rendait de l'urine, tantôt noire, tantôt trouble et mêlée de sang. Foreest partagea aussi l'opinion anciennement émise et qui attribuait certains pissemens de sang à une affection du foie. Entraîné par des vues hypothétiques, il attribua à la chaleur du foie et à la faiblesse des reins la présence du sang dans l'urine d'une femme atteinte d'un cancer au sein. Mais à côté de ces hypothèses se trouvent des observations intéressantes : un cas d'hématurie supplémentaire d'hémorrhoïdes, des remarques sur l'hématurie qu'occasionnent quelquefois les chutes sur les lombes; sur les pissemens de sang que déterminent les cantharides; enfin d'autres remarques sur les pissemens de sang occasionés par les calcules des reins.

D'autres observateurs citèrent des cas d'hématurie plus ou moins intéressans. Blaës (2) rapporta un cas d'urine sanguinolente et purulente due à la présence des calculs dans les reins; Willis (3) observa de semblables urines dans un cas de fistule lombaire; mais les recueils les plus riches en faits relatifs aux pissemens de sang et de maladies des reins sont les ouvrages de Th. Bonet (4). On y lit le cas d'un enfant atteint d'un exanthème et chez lequel on trouva après la mort du sang épanché autour des reins; puis un cas de pissement de sang habituel chez un goutteux; un exemple de guérison de varices, suivie de pissement de sang; un cas d'urine sanguinolente, puis purulente, attribué à l'action de l'aloès; un cas de pissement de sang abondant, revenant tous les deux mois ou à de plus longs in-

(1) Foresti. *Obs. et curat. med.*, t. II, p. 119, in-fol. Rothomagi, 1653.

(2) Blasii. *Obs. med.*, cap. 4, p. 468.

(3) Willis. *De urinis*, cité par Bonet, *Sepulcretum*, t. II, p. 690.

(4) Bonet. *Sepulcretum*, in-fol., Lugduni, 1700, t. II, p. 689. — *Medicina septentrionalis*, lib. II, sect. 29, de urinis, t. I, p. 822, in-fol. Genevæ, 1686.

tervalles, chez un homme d'une cinquantaine d'années, sans dérangement notable de la santé.

Les observations de Sydenham (1) appelèrent l'attention sur une autre série de faits, sur les urines sanguinolentes dans les varioles hémorrhagiques (*variolæ nigræ*).

Scheffer (2) rapporta un cas fort remarquable d'hémorrhagie rénale coïncidant avec des calculs rénaux. Un homme, après avoir joué à la balle avec beaucoup d'action, fut pris d'une hématurie qui continua abondamment pendant l'espace de huit jours. Cette hématurie s'arrêta ; mais elle se reproduisait par le plus léger exercice. Des douleurs rénales se firent sentir; le ventre se développa, et le malade mourut plusieurs années après l'accident. A l'ouverture du corps, on trouva une énorme tumeur qui cachait presque tous les viscères du bas-ventre, à l'exception du colon, qu'elle avait soulevé. Cette tumeur, formée par le rein gauche, avait quatre pieds deux pouces de circonférence dans son plus grand diamètre, et trois pieds dix pouces dans son plus petit. A la coupe, il en sortit diverses matières de couleur jaune ou d'un blanc grisâtre, et plusieurs calculs gros comme le pouce et rudes à leur surface. Dans l'intérieur de la tumeur, on trouva cinq à six livres de sang coagulé. Il y avait plusieurs calculs dans l'intérieur de cette poche.

Frédéric Hoffmann (3) rapporta plusieurs cas intéressans de pissement de sang, dans sa dissertation : *De hemorrhagia ex urinariis viis*, notamment des cas qu'il attribue à la pléthore ou à la répercussion d'une éruption scabieuse. Hoffmann pense que les hémorrhagies qui proviennent des reins sont peu douloureuses (quod si sanguis sincerus confertim et *sine dolore mingitur,* ex renum substantia vasculosa sanguinem illum prodiisse sciendum); mais ce caractère est loin d'être constant. La remarque d'Hoffmann n'est vraie qu'autant qu'elle fait seule-

(1) Sydenham. *Opera medica.*, tom. 1, pag. 234. Epist. ad Gul. Cole.

(2) *Ephem. nat. cur.*, dec. 1. an 9 et 10; obs. cii, p. 258, 1680.

(3) Hoffman (Fred.). *Opera omnia*, t. IV, pars 2ª. Doct. hæmorrhagiarum, in-fol. Genevæ, 1761, p. 231.

ment allusion à l'absence des symptômes de maladies de la vessie dans les cas simples d'hémorrhagie rénale.

On trouve dans Morgagni quelques remarques sur les urines sanguinolentes dans les maladies des voies urinaires. Morgagni rapporte un exemple d'urine légèrement sanguinolente, chez un homme sur le dos duquel était tombé un morceau de bois qui avait fracturé plusieurs vertèbres lombaires (1). Il cite le cas d'un enfant atteint de calcul dans la vessie, et dont l'urine était sanguinolente (2). Il cite encore (3) le cas d'une femme dont les urines étaient sanguinolentes et fétides, et chez laquelle existait un ulcère au col de l'utérus et des calculs dans un des reins.

Après avoir analysé et comparé les diverses conditions dans lesquelles on avait observé du sang dans l'urine, Sauvages (4) créa le genre *Hématurie*, qu'il divisa en quinze espèces (*H. spontanea, H. violenta ex vomitu, H. deceptiva, H. purulenta, H. calculosa, H. in exanthematicis, H. ejaculatoria, H. stillatitia, H. hœmorrhoïdalis, H. spuria, H. nigra, H. catamenialis, H. a transfusione, H. traumatica, H. a verme*). Deux de ces espèces (*H. deceptiva, H. spuria*) ne sont pas des hémorrhagies, mais les autres espèces correspondent généralement à des conditions morbides assez bien déterminées. Toutefois, plusieurs des espèces de Sauvages ne constituaient réellement que des variétés, et la distribution des hématuries adoptée plus tard par Pinel (5) (H. constitutionnelle, H. accidentelle, H. succédanée, H. critique, H. symptomatique) est évidemment plus régulière et plus pratique.

Les pertes de sang abondantes et répétées par les voies urinaires peuvent être suivies non-seulement d'anémie, mais encore dans quelques cas rares d'une véritable hydropisie.

(1) Morgagni. *De sed. et caus. morb.*, epist. IV, § 26.

(2) *Ibid.*, epist. XLII, § 8.

(3) *Ibid.*, XLI, § 13.

(4) Sauvages. *Nosologia methodica*, t. II. p. 300, in-4, Amstelodami, 1768.

(5) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. HEMATURIE.

Van Swieten (1) rapporte qu'un écuyer qui se plaisait à dompter des chevaux fougueux, eut un pissement de sang si abondant, qu'il en rendit près de huit livres tout liquide en peu d'heures, puis il sortit des caillots en causant beaucoup de douleurs. Après avoir observé le repos et pris des remèdes convenables, il échappa à un si grand danger, et vécut sans incommodités pendant plusieurs années. Mais, méprisant les conseils qu'on lui donnait pour sa santé, il eut une hémorrhagie plus forte et plus longue que la précédente, et mourut hydropique. Dans d'autres cas analogues au précédent, les malades sont morts anémiques sans hydropisie (Obs. 11).

J'ai déjà dit que les habitans des pays chauds étaient particulièrement sujets aux pissemens de sang; je crois devoir ajouter ici que ce fait n'avait pas échappé à Desault (2). « Nous avons guéri de cette maladie, dit-il, plusieurs soldats revenant des grandes Indes.»

J'ai parlé plus haut d'hémorrhagies rénales dans lesquelles on avait observé l'expulsion de caillots vermiformes. Un des exemples les plus extraordinaires de ces concrétions sanguines est celui qui a été communiqué par Tronchin (3) à l'Académie des Sciences de Paris : Un homme de 50 ans, très connu à Amsterdam, assez sanguin et un peu mélancolique, ayant eu une hémiplégie dont il était assez bien rétabli, sujet depuis plusieurs années à la gravelle, et qui avait rendu environ une once de graviers à-la-fois, fut tout-à-coup saisi d'une rétention d'urine, après un violent exercice du corps. Au bout de peu de temps, et après de vives douleurs dans l'urèthre, il sortit de ce canal un corps noirâtre de la grosseur d'une plume d'oie et de la figure d'un ver. Ce corps, long de vingt pouces, ayant été tiré doucement il sortit de l'urine mêlée avec beaucoup de sang. Un quart d'heure après, il en vint un second d'une aune de longueur. Depuis ce temps-là, pendant quatre jours et quatre nuits, il

(1) Van Swieten. *Comment. in aphorismos* Boerhaave, § 1422, t. v, p. 151.
(2) Desault. *OEuvres chirurg.*, t. III, page 39.
(3) *Académie des sciences de Paris*, année 1735. Hist. p. 18.

sortit presque toutes les demi-heures de pareils corps inégaux en longueur, et dont le plus long avait jusqu'à douze aunes. C'était visiblement du sang auquel l'uretère avait servi de filière. Il était très brun, et devenait plus vif en couleur dès qu'il était exposé à l'air; sa surface reprenait alors, par nuances successives, sa couleur naturelle, et la conservait ensuite dans l'esprit-de-vin; de plus, ce sang y acquérait une grande ténacité.

Si dans un assez grand nombre de maladies l'urine contient de l'albumine avec ou sans globules sanguins, les véritables hémorrhagies rénales sont rares à Paris. Pierre Frank (1) a fait la même remarque à Vienne : sur 1913 malades traités par lui pendant sept ans, un seul a été atteint d'hématurie; et sur 13,467 individus morts dans l'hôpital général de Vienne, un seul a été emporté par une hématurie; enfin, sur 4,000 individus atteints de maladies graves et rares, choisis au grand hôpital de Pavie et traités à l'Institut Clinique, dans l'espace de dix ans, Frank n'a vu que six cas d'hématurie spontanée. J'ai déjà dit que dans les pays chauds la proportion des cas d'hématurie était beaucoup plus considérable.

J'ai fait remarquer que les anciens admettaient que, dans les maladies de la rate, l'urine était quelquefois sanguinolente. Cette opinion, propagée par les Arabes et reproduite par les meilleurs auteurs de la renaissance, paraît avoir été admise par Pierre Frank, un des plus grands praticiens des temps modernes. « L'hématurie, dit-il, est ordinairement mortelle dans les fièvres asthéniques, dans la variole. Cependant, nous avons vu un enfant atteint de cette dernière maladie rendre des urines presque noires et *sanglantes* sans aucunes suites fâcheuses; mais il portait une *tumeur de la rate*, et dans les obstructions de ce viscère les urines noires ne sont pas un mauvais signe. » Malgré une si grande autorité, une foule d'observations m'autorisent à penser qu'une telle influence sur l'urine de la part de la rate a besoin d'être prouvée par de nouveaux faits.

(1) P. Frank, *Epitome*, trad. franç., t. III, p. 367.

Hypérémie des reins.

§ 798. L'hypérémie des reins se rencontre dans plusieurs maladies locales des reins, dans des affections d'autres organes, ou dans des affections générales. Elle peut être générale ou partielle ; elle peut affecter un ou plusieurs des tissus du rein seulement ; elle peut se borner à certaines portions de cet organe, en envahissant ces deux substances, ou bien être limitée à l'un de ses élémens. L'hypérémie, au lieu d'être uniforme dans un rein, n'en attaque parfois que certaines portions, tandis que d'autres restent avec leur couleur ordinaire, ou même sont frappées d'anémie. On doit distinguer ces hypérémies des colorations livides que les reins éprouvent par l'imbibition cadavérique du sang ; colorations le plus souvent uniformes, d'autres fois disposées sous forme de bandes ou de lignes, et qui, presque toujours, sont accompagnées d'une odeur de putréfaction.

J'ai vu plusieurs fois les bouts des mamelons considérablement gonflés et d'un rouge pourpre, sans que cette rougeur fût partagée par les autres portions de la substance tubuleuse, ou par la substance corticale. Cette apparence existe souvent chez les phthisiques. Plus souvent encore, dans une portion de la substance corticale, pâle, anémique, on trouve un pointillé rouge très marqué et régulier, dû à une injection très prononcée des glandules de Malpighi. D'autres fois, ce sont les stries vasculaires de la substance corticale, ou de la substance tubuleuse, qui deviennent d'un rouge très marqué, et qui se détachent fortement sur un fond comparativement pâle. Enfin, dans d'autres circonstances, c'est le réseau vasculaire superficiel qui, en conservant sa disposition polygonale, est beaucoup plus fortement injecté que d'habitude ; quelquefois même des vaisseaux superficiels se dessinent sous la forme d'étoiles, à la surface des reins ; d'autres plus volumineux se déploient en arborisations sur la capsule fibreuse et dans la graisse qui l'entoure.

§ 799. Quelquefois on rencontre des hypérémies des reins

par *cause locale.* Ainsi, dans la phlébite rénale, quand la mort arrive peu de temps après le début de l'affection, on trouve le rein gonflé, dur et d'un rouge foncé (Atlas, Pl. xxxiii, fig. 6). L'hypérémie qu'on observe dans la première période des diverses espèces de néphrites, simple (1), albumineuse (2), par poisons morbides, etc., ne doit pas être détachée de la description de ces affections rénales (Voyez : Néphrites). Parfois aussi on observe l'hypérémie des reins dans certaines hématuries.

§ 800. Parmi les maladies des autres organes qui peuvent déterminer l'hypérémie, celles du cœur (3) sont, de toutes, celles qui exercent le plus d'influence. Le plus souvent alors, l'hypérémie est générale : les reins sont d'un rouge foncé, ou d'une couleur de porphyre, qui donne un aspect brun ou noirâtre à leurs enveloppes extérieures (§ 561).

Parfois la substance corticale est fortement congestionnée, tandis que la substance tubuleuse est d'une couleur naturelle, ou même tout-à-fait pâle. Plus souvent c'est la substance tubuleuse qui est hypérémiée, surtout vers la base des cônes dans le voisinage des arcades vasculaires; quelquefois alors la substance tubuleuse offre une couleur rouge foncé, et se détache fortement de la substance corticale.

Non-seulement on observe ces hypérémies, soit de la totalité du rein, soit d'une de ses substances, dans les maladies du cœur et des gros vaisseaux; mais on les rencontre, quoique plus rarement, dans les maladies de l'appareil digestif, dans les maladies du foie, dans la pneumonie, la pleurésie, la bronchite intense, le rhumatisme aigu, etc. Quelquefois même on les a vues dans des maladies qui n'avaient occasioné aucun dérangement notable de la circulation générale, dans des affections chroniques de diverses natures.

(1) Tome i, obs. lii, p. 465; obs. lxi, p. 500; obs. lxxi, p. 530; obs. lxxii, p. 535; obs. lxxiv, p. 545; obs. lxxix, p. 563; p. 570; obs. xcv, p. 598; obs. xcvi, p. 605.

(2) Tome ii, obs. viii, p. 175; obs. ix, p. 177; obs. x, p. 182; obs. xvi, p. 196; obs. xxxviii, p. 294; p. 434; obs. lxix, p. 434; p. 454.

(3) Tome ii, obs. xxxiv, p. 273.

La turgescence sanguine des reins a été observée chez des sujets morts subitement, et surtout d'asphyxie. On voit quelquefois aussi le rein se gonfler, s'hypérémier sous l'influence de certains poisons morbides, sans offrir aucune apparence d'inflammation. Ces hypérémies semblent dues à des altérations particulières du sang. Dans le charbon des animaux, les reins livides, mollasses, sont gorgés de sang, et exhalent bientôt une odeur infecte.

Dans l'hypérémie des reins, l'urine est quelquefois chargée d'albumine, et peut contenir des globules sanguins.

Le traitement de l'hypérémie des reins est entièrement subordonné aux conditions qui donnent lieu à la fluxion sanguine ou à la stase du sang (Voyez : NÉPHRITES ; HÉMORRHAGIES RÉNALES, etc.).

Observations particulières.

§ 801. Je n'ajouterai qu'un seul fait aux exemples d'hypérémie des reins déjà publiés ; fait remarquable, en ce que l'***hypérémie*** a été observée dans plusieurs organes, chez un homme épuisé par de longues souffrances, et mort surtout par suite d'une longue abstinence :

Carny, âgé de 22 ans, garçon de peine, entra à l'hôpital de la Charité le 21 février 1836. Cet homme fait remonter à cinq mois les premiers symptômes de sa maladie. A cette époque, ses digestions se troublèrent; elles étaient lentes, pénibles, et s'accompagnaient de vomissemens. Ces mêmes accidens s'aggravèrent pendant son séjour à l'hôpital. Soumis à un régime sévère, il renchérissait encore sur la diète forcée, et dans les quinze derniers jours de sa vie, il fallait presque le violenter pour le décider à prendre un bouillon dans la journée. On peut dire qu'il est mort d'inanition. Il en était venu à ce point de maigreur, que le ventre était tout-à-fait creux, et que l'on touchait la colonne vertébrale absolument comme si le doigt n'en fût séparé que par la peau des parois abdominales.

Jamais de maladies des voies urinaires. Mort le 4 avril 1836.

Autopsie du cadavre. Presque tous les organes, mais surtout

les reins et le foie, présentaient une hypérémie remarquable. Les deux reins étaient gorgés de sang; toute leur substance était d'un rouge foncé, absolument comme si elle avait été teinte avec du sang. Dans la substance corticale, dans la substance tubuleuse et dans les mamelons, cette rougeur était des plus prononcées, mais plus mate dans les *tubuli*. Du reste, le volume et la consistance des reins étaient naturels, et il n'y avait rien autre à noter dans l'appareil urinaire.

Tout le tube intestinal, surtout le gros intestin offrait une teinte rosée. L'estomac était ramolli dans presque toute son étendue; il ne restait d'intact de la membrane muqueuse qu'un espace irrégulier, une sorte d'îlot ovale, tout près de l'orifice supérieur de l'estomac; dans tous les autres points, cette membrane était d'un gris noir, molle, et s'enlevait avec la plus grande facilité, non par lambeaux plus ou moins larges, mais en détritus.

Anémie des reins.

§ 802. L'anémie peut exister dans un seul rein ou dans les deux reins à-la-fois; elle peut être partielle ou générale, complète ou incomplète.

L'anémie ne constitue presque jamais une lésion primitive des reins. C'est tantôt une condition dépendante d'une anémie générale; c'est tantôt, au contraire, la conséquence de diverses altérations des reins qui s'opposent plus ou moins à ce que le sang pénètre normalement leur substance.

L'anémie des reins existe rarement seule, et indépendamment d'autres altérations rénales, hors les cas où elle est simple phénomène d'une anémie générale. Lorsqu'elle est due à un état local de la circulation rénale, elle est presque toujours accompagnée d'autres lésions des reins; c'est pour cela que les modifications que l'urine peut recevoir de l'anémie rénale, considérée en elle-même, et indépendamment de l'affaiblissement général de la constitution, ou de lésions rénales concomitantes, sont si difficiles à apprécier. A cet égard, je ne puis fournir aucun indice, aucune donnée.

Bien que la coloration naturelle des reins soit généralement connue, il est à-peu-près impossible de dire le point où la *décoloration* des reins doit être considérée comme une anémie. Les reins qui offrent une anémie douteuse ou incomplète, sont ordinairement désignés sous le nom de reins peu *colorés* ou *pâles*. Le nom d'anémie est plus généralement appliqué aux reins d'un blanc laiteux ou jaunâtre.

§ 803. Plusieurs états morbides des reins peuvent donner lieu à une anémie partielle ou générale de ces organes. De toutes les causes qui amènent cet état, la plus fréquente, sans contredit, est l'inflammation. C'est un phénomène remarquable que ces *décolorations rénales*, qu'on observe surtout dans la substance corticale, plus sujette à être enflammée que la substance tubuleuse. Dans la néphrite simple (1) et dans la néphrite albumineuse (2), c'est chose ordinaire qu'un mélange de plaques ou de taches rouges hypérémiées, et de plaques d'un blanc jaune plus ou moins anémiques, et qui donnent aux reins l'aspect marbré ou piqueté (3).

Il est commun de voir, dans les périodes avancées de la néphrite albumineuse, les reins offrir extérieurement une teinte jaunâtre, générale, avec une altération particulière de la substance corticale. Il n'est pas rare enfin d'observer, soit à la suite de la néphrite simple, soit après la néphrite albu-

(1) Tome I, obs. L, p. 453; obs. LI, p. 462; obs. XC, p. 590; obs. CI, p. 609; obs. CIII, p. 624.

(2) Tome II. obs. XVIII, p. 203; obs. XXI, p. 209; obs. XXVI, p. 227; obs. XXVIII, p. 241; obs. XXIX, p. 246; obs. XXXVI, p. 285; obs. XXXVII, p. 286; obs. XXXIX, p. 298; obs, XL, p. 302; obs. XLI, p. 309; obs. XLII, p. 312; obs. XLIV, p. 327; obs. XLVI, p. 330; obs. XLVII, p. 332; obs. XLVIII, p. 335; obs. XLIX, p. 337; obs. LII, p. 349; obs. LIII, p. 355; obs. LV, p. 368; obs. LVII, p. 379; obs. LIX, p. 389; obs. LX, p. 379; obs. LXV. p. 412; p. 454; p. 455; obs. LXXV, p. 478.

(3) Tome II, obs. XXVII, p. 231; obs. LIV, p. 364; obs. LVI, p. 371; obs. LVIII, p. 383; obs. LIX, p. 389; obs. LXII, p. 402; obs. LXIV, p. 407; obs. LXVI, p. 415; obs. LVIII, p. 422; obs. LXXIV, p. 475; obs. LXXVIII, p. 490; obs. LXXIX, p. 495.

mineuse, des reins indurés, généralement décolorés, anémiques, à différens degrés, surmontés ou non d'étoiles vasculaires.

§ 804. Les anémies jaunes des reins doivent être distinguées des colorations jaunes, dues à des infiltrations de pus ou à des dépôts fibrineux décolorés. Mais cette distinction n'est pas toujours facile, excepté pour les cas d'infiltrations purulentes qui, à l'inspection microscopique, présentent des globules de pus. Lorsque le sang pénètre difficilement ou ne pénètre pas dans les ramifications des vaisseaux des reins, l'anémie est suivie ou accompagnée d'atrophie. De semblables reins sont difficilement injectés, et l'inspection microscopique des vaisseaux en fait reconnaître l'obstruction.

Quant à l'anémie jaunâtre, consécutive à l'inflammation, je crois que cette coloration jaune tient souvent à la décoloration et à l'altération des globules de sang infiltrés, quoique je n'aie pas encore un assez grand nombre d'observations pour affirmer d'une manière positive que les choses se passent toujours comme je viens de l'indiquer. Ce phénomène a quelque analogie avec la décoloration jaune qu'on observe à la peau, à la suite de pétéchies et d'une foule d'inflammations de forme et de nature diverses.

§ 805. L'anémie des reins peut résulter d'autres causes : de la rétention de l'urine, du pus ou d'une humeur séreuse dans la cavité des bassinets et des calices. Lorsque le rein est ainsi comprimé de dedans en dehors, si ces conduits ne cèdent pas ou cèdent peu, les mamelons s'affaissent, et il s'ensuit une atrophie de la substance tubuleuse et souvent de la substance corticale. Dans ces cas, la substance corticale prend souvent une teinte analogue à celle de la chair de veau (Atlas, Pl. XXXII, fig. 1), ou une teinte un peu plus jaunâtre, et la substance tubuleuse devient d'un rose pâle.

D'autres causes qui agissent, au contraire, en comprimant le rein de dehors en dedans, des abcès par congestion, des tumeurs de la rate ou du foie, ou du gros intestin, etc., peuvent aussi occasioner une anémie partielle ou générale des reins. Enfin les obstructions des artères rénales sont une dernière

cause d'anémie. Comme on voit, l'absence du sang dans les reins et l'anémie qui en est la suite, peuvent dépendre de lésions très différentes. Ces décolorations, bien rarement simples, sont presque toujours accompagnées d'autres lésions rénales.

D'autres causes de l'anémie des reins, telles que la diminution de la quantité totale du sang par les saignées ou par les hémorrhagies, agissent sur toute l'économie. L'anémie rénale peut être aussi la suite de maladies long-temps prolongées ou d'états cachectiques. Chez des sujets morts d'hémorrhagie on a trouvé les reins, comme les autres organes, dans un état d'anémie bien prononcé. Les reins des phthisiques sont assez souvent exsangues et décolorés, soit d'une manière générale, ce qui a lieu le plus souvent, soit partiellement, cas où ils offrent des marbrures rougeâtres sur un fond décoloré (Atlas, Pl. xxxii, fig. 5 et 6). La même remarque s'applique aux anémies des reins qu'on observe chez des sujets morts après d'autres maladies de langueur.

Dans les maladies chroniques du foie, accompagnées d'icètre, il n'est pas très rare de rencontrer des reins d'une couleur jaune-pâle ; circonstance qui est due à ce que les reins, plus ou moins privés de sang, laissent mieux apercevoir que des organes plus ou moins rouges, la teinte jaune ictérique communiquée à tous les viscères (Atlas, Pl. xxxii, fig. 2).

Il y a d'autres anémies rénales, différentes des simples anémies que je viens de signaler, et qui se distinguent par une teinte jaune bien tranchée. On les observe dans certaines maladies aiguës, surtout dans les résorptions purulentes, dans la fièvre typhoïde, dans certaines gangrènes des poumons. On les voit aussi dans quelques maladies chroniques, surtout dans le cancer. Je les ai observées également dans quelques cas de scorbut, avec ramollissement des gencives, avec de larges ecchymoses dans les muscles et dans le tissu cellulaire des membres inférieurs, et avec des pétéchies dans plusieurs organes. Dans ces cas, les reins ont une teinte jaune particulière qu'on peut comparer à celle de l'argile jaune ou du café au lait, ou à celle de certains foies gras.

Observations particulières.

§ 806. L'étude des décolorations des reins étant beaucoup plus compliquée que celle de l'hypérémie, j'ai cru devoir consigner ici les observations suivantes comme pièces à l'appui des remarques générales présentées plus haut.

Les décolorations des reins sont de natures diverses, et malheureusement tout est à découvrir en ce qui touche les changemens qu'elles peuvent apporter dans la sécrétion de l'urine.

§ 807. L'anémie des reins peut être quelquefois le résultat d'*une perte de sang* plus ou moins considérable ou d'une diète sévère, prolongée. Chez un enfant de 20 mois, mort d'une colite aiguë, très intense, qui s'était entée sur une inflammation chronique de l'intestin, et auquel on avait appliqué des sangsues à deux jours d'intervalle et deux ventouses scarifiées sur la région lombaire le cinquième jour, j'ai trouvé les deux reins d'un blanc jaunâtre comme du lait teint par quelques gouttes de café. Les poumons étaient anémiques et offraient quelques pétéchies à leur partie postérieure. Le foie, d'une coloration assez foncée, présentait quelques bandes anémiques. La rate était d'une teinte ardoisée assez foncée. Le cœur contenait du sang noir et des caillots fibrineux, décolorés; le cerveau était très humide, et les ventricules contenaient une assez grande quantité de sérosité.

§ 808. Voici un exemple d'anémie d'un des reins déterminée par une *compression* exercée sur cet organe. Chez un individu atteint d'un grand abcès froid, lombaire, du côté droit, provenant d'une carie vertébrale, le rein contigu était d'un blanc légèrement jaunâtre, sans diminution notable de volume. Le rein et l'uretère étaient collés fortement contre les parois de l'abcès. A l'extérieur et à l'intérieur, le rein était remarquable par une pâleur jaunâtre. La poche purulente s'étendait un peu au-dessus du rein et se prolongeait en bas jusqu'au pli de l'aine. L'urine n'avait pas été examinée avec soin pendant la

vie, et il eût été d'ailleurs d'autant plus difficile d'apprécier la modification que l'état du rein aurait pu lui communiquer, que le rein du côté opposé était parfaitement sain.

§ 809. Chez les *phthisiques*, on observe quelquefois une anémie des reins plus ou moins prononcée. Deux reins d'un phthisique avaient leur volume naturel et une bonne consistance. La substance corticale était très pâle dans la plus grande partie de son étendue; mais la substance tubuleuse n'était point décolorée. En comprimant entre les doigts la substance corticale, on n'en exprimait ni sang, ni sérosité. Les uretères et les veines, ainsi que le bassinet, n'offraient rien de particulier. La membrane fibreuse adhérait assez fortement à la substance du rein. Je pourrais produire ici un assez grand nombre de faits analogues.

Dans d'autres cas, l'anémie porte sur les deux substances. Les deux substances des deux reins d'une femme morte de phthisie pulmonaire étaient plus fermes que dans les cas ordinaires. Les deux reins de cette jeune femme étaient aussi très pâles, et cette décoloration s'étendait aux deux substances. Le tissu des reins était d'ailleurs d'une bonne consistance. Chez un troisième malade, également phthisique, les deux reins offraient une exemple d'anémie des plus remarquables. Cette anémie était générale. Les substances corticales et tubuleuses étaient décolorées. On ne pouvait en extraire du sang par la pression. A l'extérieur, la substance corticale offrait quelques légères arborisations. La membrane interne du bassinet était d'un blanc laiteux, sans apparence de vaisseaux. J'ai plusieurs fois observé chez les phthisiques cette anémie du bassinet, mais jamais d'une manière aussi remarquable. Les veines rénales étaient presque vides.

Chez une femme de 49 ans, morte de phthisie pulmonaire au dernier degré, les deux reins étaient complètement anémiques. La face postérieure de l'un d'eux offrait seulement encore quelques indices du réseau vasculaire extérieur. Le droit pesait trois onces, le gauche trois onces cinq gros. La substance corticale était moins décolorée dans le rein gauche.

Cette anémie des reins chez les phthisiques est d'un gris bleuâ-

tre et bien distincte des anémies jaunes qu'on observe dans certains états de la néphrite albumineuse.

§ 810. Dans des cas de *cancer* d'un des viscères de l'abdomen, soit de l'utérus ou de l'estomac, etc., j'ai plusieurs fois observé une altération des reins principalement caractérisée par une décoloration jaune de leurs substances. Chez une femme morte d'un cancer de l'utérus et de la vessie, avec perforation de ce dernier organe, le rein droit était petit; le péritoine, qui en couvrait la face antérieure, était épaissi et d'une teinte noire ardoisée; le tissu cellulaire sous-jacent, beaucoup plus dense et également teint en noir, était dur, résistant, et ne se détachait que difficilement de la membrane du rein. Celle-ci était très épaisse et également d'un beau noir. Les deux substances du rein étaient d'un jaune pâle. Cette décoloration était uniforme, de sorte que les deux substances n'offraient qu'une même teinte. Le bassinet était très large, ainsi que l'uretère, qui présentait intérieurement des brides. Inférieurement, ce conduit s'ouvrait dans une végétation cancéreuse. L'uretère et le bassinet s'étaient dilatés par suite de l'obstacle que l'urine avait éprouvé dans son cours. Le bas-fond de la vessie était cancéreux, et le col de la matrice était détruit. L'uretère du côté opposé n'était point dilaté. Le rein, quoique plus volumineux que celui du côté gauche, offrait une décoloration jaunâtre des deux substances.

J'ai observé cette anémie jaune dans un autre cas de cancer de la vessie. B... (Geneviève), âgée de 49 ans, s'était assez bien portée jusqu'au mois de juillet 1830. Réglée à 15 ans, la menstruation avait continué à s'opérer chez elle jusqu'à l'âge de 47 ans, d'une manière assez régulière, sauf quelques retards par suite de chagrins et des progrès de l'âge. Elle vivait dans un état voisin de l'indigence et se nourrissait assez mal. Lors de la révolution de juillet 1830, un homme fut tué près d'elle; depuis ce temps les pertes utérines, qui existaient auparavant, augmentèrent, et la malade s'aperçut que ses urines étaient fortement teintes de sang; ce qu'elle attribua à la perte utérine. Elle continua à rendre par les urines une certaine quantité de sang; puis après, ses forces diminuèrent; elle éprouvait

parfois des douleurs assez vives dans le bas-ventre. Cette femme ne suivit aucun traitement méthodique, et après dix mois de souffrance, voyant son état s'empirer de jour en jour, elle se décida à entrer à l'hôpital de la Charité, le 14 mai 1831,

L'aspect de la face est celui d'une femme épuisée par des nombreuses hémorrhagies; elle a aussi une teinte un peu jaunâtre qui fait soupçonner un cancer, surtout un cancer de l'utérus. Douleurs dans les lombes, surtout du côté droit; l'abdomen est peu sensible à la pression, excepté vers l'épigastre; le col de la matrice est un peu gros et mou; la lèvre postérieure du museau de tanche dépasse l'antérieure de deux ou trois lignes. La pression sur le col, lorsqu'on le refoule en haut et d'arrière en avant, détermine plus de douleur que dans tous les autres sens (*Tisane gommeuse; extrait de ratanhia* 24 *grains; lait, bouillon*). Le 16, douleur dans la région lombaire et surtout du côté droit; les urines sont rares et sanguinolentes; le pouls est fréquent; point de diarrhée. Le cathétérisme de la vessie est douloureux et ne fait pas découvrir de calcul. La malade sortit de l'hôpital dans l'état où elle se trouvait lorsqu'elle y était venue. Le 4 juillet, la malade revient à l'hôpital; ses forces sont complètement épuisées; une odeur fétide s'exhale de son lit; parfois elle urine involontairement. Les jambes et les pieds sont œdématiés; le cathétérisme détermine une douleur encore plus vive. Urine d'une odeur très forte, épaisse, chargée de sang, plusieurs caillots sanguins noirâtres. Douleur dans le bas-ventre, se propageant aux lombes et surtout à droite; un peu d'œdème aux grandes lèvres (*Un grain d'extr. gom. d'opium*).

Le 8, mort à trois heures du matin.

Autopsie du cadavre trente-et-une heures après la mort. — *Tête*. Un peu de sérosité dans les anfractuosités cérébrales. Dure-mère pâle; substance du cerveau très décolorée. Il ne s'écoule pas une goutte de sang des incisions. Du reste, consistance naturelle des deux substances; point de sérosité épanchée dans les ventricules latéraux.

Rachis. A la surface de l'arachnoïde, une petite plaque

blanche ; vers la partie inférieure et postérieure de la moelle ; substance blanche et grise très décolorées.

Membres. Les muscles ont une bonne couleur et une bonne consistance.

Poitrine. Poumons décolorés et œdémateux ; bronches pâles et jaunes ; membrane muqueuse du larynx pâle; cœur décoloré et volumineux.

Ventre. Estomac pâle ; intestins sains ; le foie est jaune, sans être gras ; veines hépatiques, vides, pâles, petites, d'une teinte grisâtre. Rein droit sain ; rein gauche plus volumineux d'un bon tiers que dans l'état sain ; graisse jaunâtre déposée dans le tissu cellulaire de la scissure. Cet organe dépouillé de sa membrane propre *offre une teinte café au lait* un peu foncée, et se laisse facilement pénétrer par le doigt. Du reste, aucune trace de dégénérescence cancéreuse. La vessie contient de l'urine trouble et brune, dans laquelle nage un caillot du volume d'un œuf de poule. Vers l'angle du trigone du côté gauche, tumeur cancéreuse pédiculée du volume d'une grosse noix. Veines vésicales contenant des caillots anciens et en partie décolorés.

§ 811. Voici un autre cas dans lequel, pour opérer l'altération du rein, il y avait indépendamment de la cachexie cancéreuse une autre cause, une compression exercée par le muscle psoas altéré. Garbier, âgée de 60 ans, exerçant la profession de couturière, entra à l'hôpital de la Charité, le 9 juin 1836. Teinte jaune sale de la peau. Il y a quatre ans, des hémorrhagies utérines fort abondantes, suivies de pertes blanches, se déclarèrent et ont persévéré pendant deux années de suite. Les lèvres du col de l'utérus sont remplacées par des bourrelets inégaux, durs, déchirés. Ecoulement utérin fétide. L'utérus est comme soudé aux parties environnantes. La malade est au dernier degré du marasme. Au cœur, bruit de souffle, au premier temps, plus intense à la base que partout ailleurs, mais ne se prolongeant pas dans l'aorte. Mort deux jours après l'admission à l'hôpital.

Autopsie du cadavre. Le corps de l'utérus est doublé de volume ; dans les deux tiers supérieurs, le tissu en est hypertrophié. Mais dans le tiers inférieur, il est tout-à-fait converti en

une substance squirrheuse, d'un blanc mat, dure, criant sous le scalpel. A l'extérieur, c'est un détritus noirâtre ou gris noir, dont l'odeur est horrible ; toute la cavité du col est ramollie, les lèvres sont à moitié détruites. Tout autour de l'utérus, le tissu cellulaire épaissi a contracté des adhérences, de sorte que l'utérus est comme soudé aux parties environnantes. Les ovaires, les ligamens larges, les trompes sont augmentés de volume. La trompe droite est dilatée en forme de kyste. Le psoas fait tumeur et saillie vers le petit bassin ; on sent de la fluctuation dans ce muscle, et dans toute son étendue; depuis son union avec le muscle iliaque, jusqu'à l'arcade crurale, il est rempli par une substance blanchâtre, parfaitement homogène, analogue à du fromage mou, et qui n'est autre chose que de la matière encéphaloïde ramollie. Les uretères étaient sains ; la lèvre postérieure de l'utérus était très allongée et dépassait la lèvre antérieure de huit lignes; les ovaires étaient flétris et contenaient une matière jaune et de petits kystes.

§ 812. Chez plusieurs amputés, morts de phlébite avec dépôts purulens dans les poumons et teinte ictérique, j'ai trouvé les reins volumineux, très mous et décolorés, sans la plus légère trace de dépôt de pus, ni de putréfaction. L'urine contenue dans les bassinets était jaune. Je rapprocherai de ce cas celui d'une femme âgée de 40 ans, qui mourut d'une méningite caractérisée par une nappe de pus dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien de la convexité du lobe gauche du cerveau et d'une péricardite (pus et pseudo-membranes); maladie survenue à la suite d'un érysipèle de la face. Les deux reins anémiques, d'une teinte jaune assez prononcée, étaient parsemés de taches bleuâtres, pétéchiales, qui pénétraient d'une à deux lignes dans la substance corticale. Les pétéchies étaient plus nombreuses à la face postérieure qu'à la face antérieure des reins, et elles étaient irrégulièrement arrondies. Le rein gauche pesait 4 onces 3 gros; le droit 4 onces 2 gros.

Les urines, recueillies trente-et-une heures après la mort, étaient albumineuses ; pendant la vie, elles ne l'avaient pas été.

§ 813. Dans le cas suivant, la décoloration jaune des reins était aussi due à une altération du sang ; une femme, à la

suite d'une pneumonie, avait été prise d'une affection scorbutique, caractérisée par une injection et un ramollissement des gencives, par de larges ecchymoses dans les muscles et le tissu cellulaire sous-cutané des membres inférieurs, par des ecchymoses et des ulcérations noirâtres dans l'intestin grêle et le gros intestin, par de nombreuses pétéchies dans le mésentère et dans les plèvres, par l'anémie pulmonaire et par des ecchymoses et de l'engouement dans d'autres points; et qui offrait en outre un énorme foie gras d'un jaune d'argile pâle. Les deux reins décolorés avaient une *teinte jaune* analogue à celle du foie. La substance corticale se déchirait lorsqu'on en détachait la membrane fibreuse.

§ 814. Chez une femme, âgée de 65 ans, morte d'une *gangrène du poumon* précédée d'hémoptysie et survenue à la suite d'une pneumonie maligne, le tiers inférieur du rein gauche avait conservé sa teinte et sa couleur naturelles, mais tout le reste était *jaune et ramolli*. Le rein droit, généralement jaune et ramolli, pesait quatre onces et demie; le rein gauche cinq onces un gros. Il y avait quelques pétéchies dans les bassinets. Par la pression, on ne faisait point sortir de l'extrémité des mamelons plus d'urine que dans les cas ordinaires.

§ 815. Enfin dans l'*ictère*, indépendamment de leur teinte jaune, les reins, chez un vieillard mort ictérique, offraient dans leur substance corticale une teinte *jaune verdâtre* et paraissaient pourvus de moins de sang que dans l'état sain. La substance tubuleuse paraissait saine. La graisse qui entoure le bassinet était jaune. Point de coloration jaune des bassinets. Indépendamment de cette teinte jaune des bassinets, il y avait dans la substance corticale un assez grand nombre de granulations d'une teinte un peu bleuâtre; la surface des reins était parfaitement lisse.

Hypertrophie des reins.

§ 816. Les reins augmentent quelquefois notablement de volume, en conservant leur structure et leur apparence nor-

males. Ce développement anomal des reins constitue leur *hypertrophie*, qu'on ne doit pas confondre avec leur gonflement par congestion sanguine, ou avec d'autres augmentations de poids et de volume occasionées par diverses maladies. Ces changemens, dans le volume des reins, coïncident avec d'autres changemens dans leur texture, qui est alors plus ou moins altérée.

L'hypertrophie peut être générale ou partielle; elle peut s'observer dans les deux reins à-la-fois, ou dans un seul, surtout dans des cas d'absence ou d'atrophie du rein du côté opposé (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 1). Dans presque tous les cas d'absence d'un des reins, le rein du côté opposé est notablement augmenté de volume et de poids; souvent même il pèse à lui seul autant que les deux reins d'un sujet du même âge. Dans ce cas, la somme des substances rénales est réunie dans un seul rein, et le calibre de l'artère rénale unique est souvent double de celui d'une artère rénale ordinaire. L'épaisseur de la substance rénale est aussi très augmentée; enfin, le poids de ce rein solitaire, chez un adulte, est de huit à neuf onces, poids double de celui d'un des reins lorsqu'il en existe deux. Cette loi de l'exagération du développement d'un des reins, lorsqu'il est unique, présente bien rarement des exceptions, hors les cas où le volume d'un des reins a pu être diminué par une maladie intercurrente. Ainsi, j'ai vu le rein gauche manquer complètement, et le rein droit, induré et mamelonné à sa surface, n'avoir pas plus de la moitié du volume du rein d'un sujet du même âge.

Il est très ordinaire aussi de trouver un des reins volumineux et hypertrophié, chez des sujets qui ont un rein très petit et comme rudimentaire. Dans ce cas, le poids des deux reins peut être égal à celui des deux reins sains régulièrement développés chez un individu du même âge. Aussi, cet état n'est-il accompagné d'aucun dérangement de la sécrétion urinaire pendant la vie.

Il n'est pas aussi commun de rencontrer un des reins hypertrophié, dans les cas d'atrophie non congénitale ou peu ancienne de son congénère (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 1). Cepen-

dant, presque toujours, lors de l'altération profonde d'un des reins, si son congénère n'est point envahi lui-même par la même affection, et surtout s'il reste sain jusqu'à la mort, amenée par une autre cause au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, on trouve ce dernier manifestement plus lourd, plus volumineux qu'un rein normal d'un sujet de même âge et de même stature.

Il est rare qu'on observe le développement supplémentaire d'un des reins dans le cas où la maladie désorganisatrice de son congénère l'a envahi lui-même, quoiqu'à un moindre degré.

Non-seulement on voit ce développement supplémentaire d'un des reins se faire lorsque le rein du côté opposé manque, ou lorsqu'il a été arrêté dans sa nutrition, ou lorsque sa structure profondément altérée l'a rendu plus ou moins impropre à remplir ses fonctions; mais lorsque la désorganisation d'un des reins a été partielle, les parties saines peuvent s'hypertrophier d'une manière remarquable, souvent au point de déterminer une déformation du rein très apparente et quelquefois très bizarre, résultant de la disposition et du mélange des parties atrophiées et comme étranglées, et des parties bosselées et gonflées qui ont subi une hypertrophie manifeste.

L'hypertrophie absolue et non relative des deux reins est quelquefois une affection congénitale, et dont la cause nous échappe, mais elle coïncide toujours avec un développement anomal et proportionnel des artères rénales (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 1).

L'hypertrophie des reins peut être aussi la conséquence d'états morbides, accompagnés d'une exagération de la sécrétion urinaire, saine, ou plus ou moins altérée. J'ai fait figurer plusieurs cas d'hypertrophie des reins observée chez des diabétiques (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 2, 3, 4).

Dans le diabète sucré, l'hypertrophie porte principalement sur la substance corticale, sur la substance sécrétante des reins (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 4). Cette substance, exagérée dans son développement, est notablement hypérémiée, d'autres fois elle est pâle; enfin, et c'est le cas le plus ordinaire, elle paraît,

quant à l'injection sanguine, tout-à-fait dans l'état sain. Dans de tels reins, on ne peut, je le répète, distinguer rien d'anomal, si ce n'est l'exagération du développement de leur substance. La coupe a un aspect tout-à-fait naturel ; seulement à la base des reins et dans leurs intervalles, le développement de la substance corticale est évidemment exagéré, le calibre des vaisseaux plus développé, et les glandules de Malpighi plus apparentes.

L'exagération de la sécrétion de l'urine paraît être l'effet de l'hypertrophie des reins.

§ 817. Chez le fœtus, on a trouvé plusieurs fois les reins hypertrophiés ; on a même cité un cas dans lequel ils étaient tellement volumineux, qu'ils apportaient obstacle à l'accouchement.

Historique et observations particulières.

§ 818. L'hypertrophie des reins résultant d'un vice originel et *congénital* a été plusieurs fois observée. Ainsi on a quelquefois trouvé, chez les acéphales, les reins plus volumineux que dans l'état naturel. On a vu, dans des cas rares, les reins offrir un volume considérable, chez l'*enfant*, au moment de sa naissance. L'observation suivante m'a paru assez intéressante pour être reproduite ici, bien qu'il soit à regretter que l'état des substances corticale et tubuleuse des reins n'ait point été décrit avec soin (1) :

« Une femme, d'une apparence cachectique, qui n'avait jamais eu d'enfans, et qui avait eu un avortement, était arrivée, d'après son calcul, à la fin du septième mois d'une grossesse, lorsque de fortes douleurs pour accoucher se déclarèrent, vingt-quatre heures après que les eaux se furent écoulées. Le travail de l'accouchement ne faisant point de progrès exigea la présence

(1) Des obstacles à l'accouchement par le volume énorme des reins du fœtus, par le professeur Osiander, à Gottingue (*Gemeinsame Deutsche Zeitschrift für Geburtkunde*, etc., par MM. André, à Breslau, Busch, à Marbourg, etc., tom. 1.— Siebold, *Journal für Geburthülfe et B. vu, St.*, 1, S.. 310).

d'un accoucheur. Osiander fut appelé, et trouva les parties génitales externes très étroites, reconnut que l'enfant présentait les fesses, et que les pieds, redressés vers le tronc, étaient appliqués contre sa face antérieure. Osiander alla chercher un des pieds avec la main gauche, et trouva le corps du fœtus tellement développé, qu'il le crut atteint d'une ascite. L'autre pied, n'ayant pu être ramené en dehors, ne se présenta que lorsque les fesses furent engagées; alors le bras gauche fut facilement débarrassé; mais le bras droit étant trop comprimé, Osiander se vit obligé de donner une direction oblique au corps de l'enfant, dont le ventre se trouvait en avant. Il exerça cette manœuvre à l'aide d'une main placée sur le dos, tandis que l'autre était appliquée sur la poitrine. La tête fut ensuite débarrasséee, et un fœtus féminin non viable, dont le corps avait un volume monstrueux, fut amené au-dehors, et, après avoir présenté quelques mouvemens irréguliers, resta mort, malgré tous les moyens employés pour le rappeler à la vie. A l'ouverture du corps, on reconnut qu'il n'existait point d'ascite, mais que presque toute la cavité du ventre était occupée par deux tumeurs solides, bleuâtres, ayant la forme des reins. C'était en effet les deux reins du fœtus augmentés de volume, qui divisaient l'abdomen en deux monticules latéraux, et qui s'étendaient du bassinet jusqu'au dessous du foie. Ce dernier était extrêmement petit, refoulé en haut, et d'un rouge plus clair qu'à l'ordinaire. Le cœcum et son appendice vermiculaire étaient attachés au rein droit par leur partie supérieure. Le colon descendant était réuni avec le péritoine, qui couvrait la partie antérieure du rein gauche. Le canal intestinal était extrêmement étroit. L'utérus et les ovaires, à l'état normal, étaient attachés au rein par des adhérences du péritoine. L'enfant pesait trois livres et demie, avait quinze pouces de longueur, et sans aucun vice de confirmation et de structure, si on excepte cet énorme volume des reins.

§ 819. Je n'ai rien à ajouter aux remarques que j'ai faites plus haut, sur le plus grand développement des reins chez les diabétiques (*voyez :* DIABÈTE); sur l'augmentation de poids et de volume d'un des reins lorsque son congénère vient à être

détruit ou atrophié, etc.; et je ne sais jusqu'à quel point peut être fondée une opinion ancienne relative au développement considérable des reins, chez les personnes adonnées aux plaisirs sexuels (1).

Atrophie des reins.

§ 820. Les reins peuvent s'atrophier dans un grand nombre de circonstances. L'atrophie peut être générale ou partielle; elle peut porter à-la-fois sur les deux substances ou spécialement et même uniquement sur l'une d'elles.

On a trouvé, plusieurs fois, chez les nouveau-nés (*atrophie congénitale*) un des reins extrêmement petit, sans que cette petitesse pût être expliquée d'une manière satisfaisante par l'état des vaisseaux. Dans d'autres cas, au contraire, l'atrophie des deux reins ou de l'un d'eux était en rapport avec le faible développement des artères rénales. Le rapport entre le volume des reins et celui de ses vaisseaux m'a paru très évident dans quelques cas, où l'inégal développement des artères rénales était accompagné de l'inégal développement des reins (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 1).

D'autres atrophies ne reconnaissent pas pour cause un arrêt de développement des artères rénales. J'ai vu mainte fois les artères rénales avec leurs dimensions naturelles dans des reins dont les substances étaient amincies. L'atrophie est souvent alors le résultat de la compression qu'exercent sur le bassinet, ou des calculs ou les calices distendus et dilatés par de l'urine, par du pus, par des acéphalocystes. Ces cas doivent être rangés en deux catégories : l'une comprend ceux où une lésion des conduits excréteurs de l'urine, ayant eu lieu dans les premiers temps de la vie, a empêché la croissance normale de l'organe; c'est une

(1) Rosinius Lentilius dit avoir trouvé les reins *supra modum et regulam longe maximi in anatome salacissimæ mulieris*, Th. Bartholin dit avoir trouvé les reins plus volumineux, *in silaccoribus* (*Anat. nov.*, lib. 1, cap. 18), Salmuth assure aussi avoir trouvé les reins d'un volume considérable chez un homme très ardent pour les plaisirs vénériennes (Salmuth., *cent.* 1, obs. xxii).

sorte d'arrêt de développement; le rein est très petit et bosselé comme chez le fœtus (ATLAS. Pl. XXXV. fig. 1): l'autre se compose de cas où un rein bien développé chez l'adulte a diminué de volume plus tard par suite d'une maladie du bassinet ou de l'uretère, tout en conservant la forme et les apparences d'un rein sain, ou bien ne paraissent plus qu'une sorte d'appendice au bassinet qui est très développé (ATLAS. Pl. XXXV. fig. 3 et 4).

Parfois encore on ne trouve, ni dans les vaisseaux, ni dans les bassinets et les calices, ni dans les parties environnantes, aucune modification qui explique le mode de formation de certaines atrophies. Plusieurs altérations des reins et des parties voisines peuvent occasioner, en comprimant ces organes, une atrophie partielle ou générale; diverses tumeurs du foie ou de la rate, de larges abcès des lombes, les capsules surrénales distendues, peuvent aussi déterminer des atrophies partielles et des déformations des reins.

Des tumeurs développées dans les substances rénales, des poches hydatiques, des kystes, et surtout des kystes urinaires, etc., affaissent, condensent les substances rénales et en déterminent l'absorption. La rétention de l'urine, du pus ou d'une humeur séreuse dans les bassinets et les calices, dans le cas d'hydronéphrose ou de pyélite chronique, détermine aussi l'atrophie des substances rénales (Voyez : PYÉLITE; HYDRONÉPHROSE). Dans ce dernier cas, les reins finissent par être convertis en une poche dont les parois, en apparence, charnues et jaunâtres, sont formées de trois couches, dont la moyenne est la substance du rein transformée en une espèce de membrane, tandis que l'interne est constituée par le bassinet et les calices dilatés, et l'externe par les membranes extérieures des reins. Lorsque les substances rénales sont ainsi réduites et atrophiées, et que la poche n'a pas acquis de grandes dimensions, le poids n'en égale point quelquefois le dixième d'un rein sain.

Parfois des portions d'un rein ainsi atrophié échappent, en partie, à la compression qu'exerce le liquide amassé dans le bassinet et les calices, et se dessinent à l'extérieur de la tumeur sous forme de bosselures charnues plus ou moins volu-

mineuses. D'autres fois des portions plus ou moins considérables des reins reçoivent exclusivement l'influence de la compression exercée de dedans en dehors, et s'atrophient complètement, tandis que d'autres parties du même rein restent à-peu-près intactes surtout si les calices correspondans sont oblitérés, rétrécis ou peu dilatés.

Les parties atrophiées sont remplacées par une poche tout-à-fait analogue à un kyste, et composée de la membrane d'un ou de plusieurs calices dilatés, des débris des parties de la substance rénale et d'une portion de la membrane fibreuse des reins (Atlas. Pl. xxxv, fig. 8 et 9).

L'atrophie peut se borner à une des substances des reins, et particulièrement à la substance corticale. On voit alors, à l'extérieur du rein, des bosselures irrégulières de dimensions variées, formées par la substance corticale des reins restée intacte. La surface des reins est sillonnée dans tous les sens par des dépressions ou des espèces de scissures à fond grisâtre, où la substance corticale a disparu à-peu-près complètement, et où elle a été remplacée par un tissu grisâtre cellulo-fibreux très mince. D'autres fois, cette atrophie partielle de la substance corticale se montre sous l'apparence d'une cicatrice, et il n'est pas rare alors de trouver, ce qu'on voit également dans d'autres cas d'atrophie de la substance corticale, un développement considérable de très petits kystes dans la substance corticale altérée. Ces atrophies, avec dégénérescences enkystées de la substance corticale, peuvent être ou non consécutives à des inflammations partielles de cette substance.

Quelquefois on ne découvre aucune cause qui ait pu déterminer cette espèce d'atrophie; mais d'autres fois, surtout chez les chevaux, on voit qu'elle correspond à une altération partielle de la substance tubuleuse, devenue rouge et imperméable. J'ai également constaté, chez l'homme et les animaux, le rapport de certaines atrophies partielles avec une lésion fort remarquable de la substance tubuleuse. Les bouts de plusieurs mamelons étaient aplatis et infiltrés d'une matière d'apparence muqueuse ou colloïde, transparente; et les parties de la substance corticale qui correspondaient aux cônes de ces mamelons altérés,

étaient déprimées; on voyait, à la surface du rein, des îlots de substance corticale disposés sur un fond grisâtre fibreux où la substance corticale était complètement atrophiée (voy. l'ATLAS, Pl. XXXV, fig. 6 et 7). J'ai figuré un rein de cochon, comme un exemple remarquable de ces atrophies partielles de la substance corticale dans des points correspondans à la base des cônes de la substance tubuleuse.

§ 821. L'atrophie d'un des reins, étant presque toujours accompagnée d'un développement supplémentaire du rein du côté opposé, ne donne lieu par elle-même à aucune altération de la sécrétion urinaire appréciable pendant la vie, ni à aucun symptôme particulier; mais lorsque les deux reins sont atrophiés dans une étendue considérable, il en résulte, non-seulement un dérangement de la sécrétion de l'urine, mais encore des phénomènes particuliers qui, le plus souvent, dépendent d'une affection du système nerveux: des mouvemens convulsifs, une sorte de tremblement, suivis de convulsions et enfin du coma sont, de tous les phénomènes, ceux qu'on observe le plus ordinairement.

Presque toujours l'apparition de ces phénomènes est le symptôme d'une mort prochaine, que quelques jours auparavant il eût été impossible de prévoir.

Historique et observations particulières.

§ 822. Il existe dans la science une foule d'exemples d'*atrophies des reins*, survenues à la suite des lésions les plus variées.

Bartholin (1) a trouvé les reins à peine aussi volumineux qu'une châtaigne. Warthon (2) les a vus être seulement du poids d'une drachme. Blaes (3) les a trouvés en suppuration, et ayant à peine la dimension d'une noix de galle. Eustachi (4) a vu un des

(1) Rhodii. *Mantissa anat.*, obs. XXVII, p. 24.
(2) Warthon. *Adenographia*, p. 96.
(3) Blasii. *Obs. medic*, part. V, obs. VII, p. 73.
(4) Boneti. *Sepulcr. anat.*, lib. III, sect. XXII, obs. 16.

reins à peine aussi gros qu'un marron. Morgagni (1) a noté plusieurs cas d'atrophie des reins, et dans l'un d'eux il a trouvé le rein droit tellement petit, qu'il avait à peine la dimension de la capsule surrénale; le gauche était plus grand qu'à l'ordinaire. Timœus (2) a trouvé les deux reins très mous, et à peine aussi grands qu'une noix de galle. Cheston (3) rapporte que chez un homme qui avait souffert de violentes douleurs dans la région des reins, le rein droit, une fois aussi grand qu'à l'ordinaire, renfermait une pierre de onze drachmes, ayant exactement la forme du bassinet et de l'entonnoir; et que le rein gauche, plus petit de la moitié qu'à l'ordinaire, paraissait formé de deux membranes avec une substance spongieuse intermédiaire; état qui paraissait être le résultat non d'une suppuration, mais d'une simple atrophie de la substance du rein.

Delestang (4) a trouvé le rein droit d'un jeune homme de 22 ans, de la dimension d'un œuf d'oie; le gauche avait à peine le volume d'un œuf de pigeon, etc.

Quelques exemples d'atrophie des reins indiqueront les principales conditions dans lesquelles elle se développe.

§ 823. *Atrophie par inégalité des artères.* — On observe quelquefois une inégalité très grande dans le volume des deux reins, c'est-à-dire une véritable atrophie de l'un et une hypertrophie de l'autre, par suite d'une différence congénitale dans le développement des deux artères rénales. Une femme, morte de péritonite à l'hôpital de la Charité, m'a offert un exemple remarquable de cette disposition (5). Le diamètre de l'artère rénale du côté droit était d'un tiers plus considérable que celui de l'artère rénale du côté gauche; le rein droit pesait six onces et le rein gauche deux onces, de sorte que la différence entre les poids des deux reins était plus considérable encore

(1) Morgagni. *De sed. et caus. morb.* Epist. XL, § 12. — Epist. XII, § 2. — Epist. XL, § 22, 23, 24. — Epist. LII, § 2. — Epist. XLIV, § 15.

(2) Cité par Lieutaud. *Anat. med.*, obs. 1608, p. 315.

(3) Cheston. *Patholog. Obs. and inquiries*, p 26.

(4) *Act. phys. medic. Hafn.*, t. III, p. 13.

(5) J'ai figuré un cas analogue, ATLAS, Pl. XXXVII, fig. 1.

que celle qu'on observait entre les calibres des deux artères n'aurait pu le faire supposer. La somme du poids des deux reins (huit onces) étant au reste celle qu'auraient fournie deux reins d'une femme du même âge, il n'y avait réellement d'anomal que le mode de répartition des substances rénales. Les scissures qui rappellent la disposition primitivement lobée du rein étaient peu marquées dans le rein droit hypertrophié; elles étaient au contraire bien dessinées dans le rein gauche, qui semblait avoir éprouvé un arrêt de développement. A la loupe, les deux reins n'offraient que les différences qu'entraînent inévitablement l'atrophie et l'hypertrophie de ces organes.

Plusieurs auteurs ont avancé que des hommes chez lesquels on avait trouvé les reins peu volumineux, s'étaient montrés peu enclins aux plaisirs de l'amour. Les artères testiculaires naissant des artères rénales, il se pourrait que dans un certain nombre de cas on eût réellement observé (1) la coïncidence d'un arrêt de développement des reins et des testicules.

§ 824. *Atrophie par compression de dedans au dehors.* — L'atrophie d'un des reins est souvent la conséquence d'une rétention d'urine ou de pus dans le bassinet et les calices (voyez : PYÉLITE; HYDRONÉPHROSE); rétention d'urine déterminée par un obstacle au cours de l'urine.

OBS. I. — Cancer de l'utérus; obturation plus ou moins complète de l'extrémité vésicale de l'uretère gauche; atrophie du rein correspondant.

P. Popot, vermicellière, âgée de 48 ans, entrée à l'hôpital de la Charité, le 4 mars 1838, a été réglée à l'âge de 11 ans et demi, et a cessé de l'être, il y a 5 mois seulement. L'écoulement menstruel, qui n'a jamais duré plus de 2 à 3 jours, a toujours été plus ou moins irrégulier dans son apparition. A l'âge de 21 ans, cette femme est accouchée d'une fille. Depuis

(1) Timœus fait mention d'un baron suédois qui, pendant toute sa vie, n'avait point eu de rapports ni de desirs sexuels, et chez lequel les reins furent trouvés flasques et si petits, qu'ils n'avaient que le volume d'une noix de gland (lib. III, cas 8).

cet accouchement, elle a éprouvé des douleurs hypogastriques qui ont nécessité à diverses reprises l'application des sangsues aux parties génitales. Du reste, elle a été habituellement bien portante, si ce n'est à l'âge de 32 ans, où elle a été retenue au lit pendant un mois par des pertes utérines. Malade surtout depuis un an, P. P. a éprouvé d'abord de vives douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, qui ont été combattues par une nouvelle application de sangsues aux cuisses. Quelques jours après, écoulement pendant 15 jours, par le vagin, de sang moitié fluide, moitié en caillots; deux saignées du bras. Des pertes utérines de 15 jours de durée se sont répétées chaque mois. Depuis cette époque la malade a commencé à pâlir et à dépérir, et bientôt elle a perdu tout-à-fait le sommeil. Depuis 6 mois tout écoulement de sang a cessé et a fait place à un écoulement blanc rarement mêlé de stries sanguinolentes. Ces pertes rouges ou blanches n'ont jamais été fétides, et maintenant encore elles sont sans odeur.

Depuis 4 à 5 mois la malade est obligée pour uriner de faire effort comme pour aller à la garderobe. Elle urine peu à-la-fois, mais souvent; et plus d'une fois ses urines ont été troubles et sédimenteuses. Jamais elles n'ont été sanguinolentes ni chargées de graviers. Depuis près de deux mois la malade éprouve une soif ardente qu'elle se garde bien de satisfaire complètement, afin de s'épargner des excrétions urinaires trop fréquentes qui la fatigueraient.

Le 4 mars 1838, face pâle, lèvres décolorées, chairs flasques. A la carotide droite, bruit de souffle, pouls petit, facilement dépressible (76 pulsations par minute), constipation habituelle; douleur à l'hypogastre, où l'on sent une tumeur, grosse comme une petite orange, col utérin très abaissé, béant et surmonté de saillies dures, comme squirrheuses. Après le toucher, écoulement de sérosité purulente, mêlée de quelques stries sanguines.

Les urines, claires comme de l'eau de roche, d'une assez faible pesanteur spécifique (1011), neutres au moment de l'émission, ne laissent déposer ni sels, ni mucus par le refroidissement. Elles ne sont troublées ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique

(Tisane de chiendent nitrée; 24 grains de carbonate de fer; cataplasmes sur le ventre; injections; lavemens émolliens).

Le 30, petite quantité de liquide dans le péritoine et d'œdème autour des malléoles. Les urines toujours claires et sans nuage, même long-temps après l'émission, traitées de nouveau par la chaleur et l'acide nitrique, prennent une légère teinte opaline. Les jours suivans l'œdème fait des progrès aux jambes, aux cuisses; puis la face devient bouffie, enfin les extrémités supérieures elles-mêmes s'œdématient. La faiblesse augmente chaque jour. La malade s'éteint le 16 avril à dix heures du matin.

Autopsie du cadavre, vingt-quatre heures après la mort.

État extérieur. Infiltration générale.

Tête. Le cerveau et ses membranes ne présentent aucune altération.

Poitrine. Adhérences pleurétiques anciennes au-devant et sur les côtés des poumons, qui sont engoués de sang et de sérosité à leur partie inférieure et postérieure. Bronches saines. Cœur sain. Le péricarde contient près de deux onces de sérosité citrine.

Abdomen. Le péritoine est pâle et contient près d'un demi-litre de sérosité citrine, sans mélange de fausses membranes. Le foie, d'une consistance et d'un volume ordinaires, offre une coloration brun jaunâtre. La rate est d'un rouge pâle, et sans altération.

L'estomac et la partie supérieure de l'intestin grêle sont sains. L'extrémité inférieure du rectum est comprimée de droite à gauche par un noyau squirrheux, irrégulier, enchatonné dans le tissu cellulaire et les aponévroses du petit bassin. La compression exercée par cette tumeur est telle que l'intestin permet difficilement l'introduction du doigt indicateur.

Les ganglions mésentériques, gros comme des avelines, sont durs, blanchâtres, et d'une consistance squirrheuse. Le petit bassin est presque rempli par la matrice, les ovaires et le tissu cellulaire induré qui entoure ces organes. Les uretères sont dilatés et distendus par l'urine. Le rein droit, une fois plus volumineux qu'il ne devrait être, est d'un jaune pâle, et très ferme, et il pèse sept onces; son bassinet est assez dilaté pour admettre

un œuf de poule. L'uretère a le volume du doigt indicateur. La substance corticale et la substance tubuleuse sont également hypertrophiées. La surface de la première est bosselée et parsemée de quelques petits kystes urinaires.

Le rein gauche a à peine la moitié du volume du rein droit; il est surmonté de bosselures et de quelques kystes. Ses deux substances sont considérablement atrophiées. La substance corticale a une demi-ligne d'épaisseur au plus, au niveau de la base des cônes. Ceux-ci sont tous plus ou moins aplatis de leur sommet à leur base, et le tissu de plusieurs offre une raréfaction remarquable. Les calices sont larges à pouvoir loger des noisettes. L'uretère de ce côté est un peu plus volumineux que celui du côté opposé. Ces deux conduits adhèrent sur les côtés de la matrice et à la partie postérieure de la vessie au moyen d'un tissu cellulaire induré. La vessie est saine, excepté dans un point de sa partie postérieure où elle adhère à l'utérus. L'extrémité inférieure de l'uretère du côté droit, comprise entre l'utérus et la vessie, et le noyau squirrheux, est tortueuse et rétrécie en quelques points, de telle sorte qu'à travers ce canal l'urine ne s'écoule que goutte à goutte. L'extrémité vésicale de l'uretère du côté gauche est remplie, dans l'espace de deux pouces, par un bouchon de nature squirrheuse.

L'urine contenue dans l'uretère bouché, examinée comparativement avec celle qui s'est accumulée dans l'uretère imparfaitement obturé, a été trouvée plus albumineuse. Elle contenait aussi une plus grande proportion de globules purulens.

La matrice, grosse comme une pomme, est squirrheuse. Le col de l'utérus est presque complètement détruit par une ulcération, de la surface de laquelle on fait suinter par la pression une matière ramollie. La membrane muqueuse du vagin, épaissie auprès de cette altération, offre à sa surface quelques granulations miliaires, blanches, qui paraissent être des cryptes muqueuses hypertrophiées et dégénérées.

§ 825. J'ai vu plusieurs cas dans lesquels la *dilatation de l'uretère*, provenant du rein atrophié, était l'indice de l'existence antérieure d'un obstacle au cours de l'urine qui n'existait plus.

Obs. II. — Dilatation de l'uretère et atrophie du rein droit, sans hypertrophie du rein gauche; adhérences du péricarde au cœur; traces de pleurésies anciennes dans les deux plèvres; épanchement de sérosité roussâtre dans la plèvre droite; granulations, adhérences du péritoine; épanchement séreux.

Delecole, âgée de 34 ans, ouvrière en linge, entra le 21 avril 1836, à l'hôpital de la Charité.

Cette femme, d'un teint pâle, d'une constitution débilitée, se dit malade depuis trois mois. Elle n'a jamais eu de dartres et assure n'avoir jamais éprouvé d'accidens du côté des reins. (1)

Il y a un épanchement séreux dans le ventre, et le niveau du liquide dépasse l'ombilic. Depuis un mois la malade s'est aperçue du développement graduel de l'abdomen. En même temps, il y avait vomissemens verdâtres et douleurs dans le ventre, exaspérées par la pression (symptômes qui persistent). On recherche la cause de l'hydropisie, on ne la trouve ni dans le foie, ni dans le cœur (2), qui, limité par la percussion, ne dépasse pas ses bornes ordinaires, ni dans aucune compression des veines. Il n'y a pas de tumeur dans l'abdomen, l'urine n'est point albumineuse, et ne donne point de sédiment briqueté; on rattache l'ascite à une péritonite chronique. Les parois thoraciques, en arrière, sont mattes des deux côtés, et la respiration s'entend faiblement. Les accidens augmentent, les douleurs et les vomissemens prennent plus de fréquence et d'intensité; le liquide distend le ventre chaque jour davantage; les extrémités inférieures s'infiltrent. Mort le 17 mai.

Autopsie du cadavre. — *Tête*, le cerveau n'a pas été examiné. *Poitrine.* La plèvre droite contient un litre et demi de sérosité roussâtre; elle est épaissie et parsemée de plaques rouges. La plèvre pulmonaire a une épaisseur considérable, mais n'a

(1) L'atrophie du rein droit et surtout la dilatation de l'uretère du même côté, constatées après la mort, ne peuvent guère être expliquées cependant que par un obstacle d'une assez longue durée au passage de l'urine de l'uretère dans la vessie. Les accidens occasionés par cet obstacle auront eu lieu probablement dans les premières années de la vie.

(2) L'autopsie démontra cependant qu'il y avait une ancienne péricardite.

d'adhérence qu'avec le diaphragme. Le poumon a considérablement diminué de volume, les lobes moyen et inférieur sont très affaissés. Le tissu pulmonaire est condensé; quand il est incisé, les orifices comprimés des bronches forment non plus de petits cercles, mais des stries blanchâtres très rapprochés les unes des autres au milieu d'un tissu rouge violacé. La coupe du lobe supérieur du poumon offre le même aspect, mais à un degré moindre; le tissu en est moins condensé.

Il n'y a pas de liquide dans la plèvre gauche, mais on y remarque de nombreuses adhérences en haut et en avant. Les bronches sont remplies d'un liquide spumeux. La masse du poumon est refoulée par le liquide contenu dans l'abdomen.

Le péricarde adhère au cœur dans toute l'étendue de sa surface. Les valvules du cœur ne sont point altérées; le ventricule gauche offre une hypertrophie concentrique; ses parois ont cinq à six lignes d'épaisseur, et dans sa cavité on ne peut introduire le doigt. Le ventricule droit a également beaucoup diminué de capacité, mais sans épaississement de ses parois.

L'abdomen contient 7 à 8 pintes d'une sérosité roussâtre, limpide. Le péritoine pariétal est criblé de petites granulations surtout dans le petit bassin. Le foie est recouvert, à sa partie supérieure, de fausses membranes; sur son bord convexe, on trouve une petite masse cartilagineuse irrégulière au centre de laquelle existe une petite ostéide. Le tissu du foie, d'une teinte très foncée, est très humide, et sa consistance est légèrement diminuée.

Le rein gauche et l'uretère gauche ne présentent rien de remarquable. Mais le rein droit est aplati, atrophié et réduit *au volume d'une amande*. Après l'avoir incisé, on reconnaît que l'atrophie a porté sur ses deux substances; le bassinet est large, et les mamelons sont légèrement affaissés. L'uretère droit, dilaté, d'un volume au moins double de celui du côté opposé, surtout dans sa partie supérieure, n'offrait, dans toute sa longueur, ni rétrécissement, ni obstacle d'autre nature au cours des urines. La vessie était saine, et la communication avec les deux uretères était parfaitement libre.

§ 826. Je cite l'observation suivante non-seulement comme

un exemple d'atrophie d'un des reins, déterminée par le *développement d'un calcul* dans le bassinet, mais encore comme un cas d'hydropisie lié au dérangement de la sécrétion urinaire.

Les deux capsules surrénales avaient leur volume ordinaire.

Obs. III. — Atrophie du rein consécutive à des calculs rénaux; graisse autour du bassinet (observ. communiquée par M. Legroux).

Madame B...., âgée de 60 ans, d'une constitution sèche et nerveuse, a toujours été sujette à des spasmes, des défaillances, bien que sa santé fût, du reste, assez bonne. Il y a 15 ou 20 ans, elle a éprouvé des douleurs dans le flanc gauche; douleurs auxquelles son père et plusieurs membres de sa famille avaient, dit-elle, été sujets. Depuis lors, ces douleurs ont sensiblement diminuées, mais elles n'ont point cessé, et de temps en temps ont présenté quelques exacerbations. Appelé près de cette dame, au mois de mai dernier (1837), M. le docteur Legroux la trouva atteinte d'un œdème considérable des extrémités inférieures; la peau était pâle, et conservait l'impression du doigt. La malade, sujette à des rhumes assez fréquens, à de la dyspnée, dépendant d'un emphysème pulmonaire, se plaignait de palpitations; les battemens du cœur étaient assez forts. On sentait, dans le flanc gauche, une tumeur dure, en apparence du volume d'un œuf d'autruche. L'urine était remarquable par sa transparence et par une sorte d'onctuosité; soumise à l'ébullition, elle donnait un précipité abondant, blanc et grumuleux.

Le traitement a consisté, pendant trois mois, dans l'administration de diurétiques, de purgatifs doux, qui ont paru produire une diminution notable de l'œdème, sans jamais changer la nature de l'urine. Une circonstance remarquable, c'est que les asperges, dont cette dame faisait un usage abondant, n'ont jamais communiqué la plus légère odeur à l'urine. Des affections catarrhales, intercurrentes, ont, plusieurs fois, obligé de recourir à de légères émissions sanguines, qui ont toujours été suivies d'une diminution de l'œdème des extrémités. Une pleurésie survenue à la fin du mois de juillet a résisté au traitement antiphlogistique et contre-stimulant, et la malade a succombé le 2 août. Durant le cours de cette dernière maladie, l'urine

soumise à l'ébullition fournissait un précipité grumeleux beaucoup plus abondant.

Autopsie du cadavve faite 24 heures après la mort : Infiltration des extrémités inférieures ; épanchement considérable de sérosité citrine dans le côté gauche de la poitrine. Pseudo-membranes récentes tapissant la plèvre, qui est vivement piquetée de rouge ; poumon affaissé, à peine crépitant, offrant quelques foyers d'engorgement sanguin ; épanchement de sérosité, peu abondant, avec fausses membranes, dans la plèvre droite ; poumon emphysémateux ; cœur un peu volumineux, mais sans déformation ; exsudation pseudo-membraneuse à la partie supérieure du péritoine, surtout à la surface du foie ; quelques verres de sérosité dans l'abdomen ; foie hypérémié, friable. Rein droit hypertrophié, doublé de volume ; la substance corticale a la couleur du café au lait clair. La substance tubuleuse, un peu moins décolorée ; le tissu est friable et facile à écraser par une légère pression. La capsule fibreuse peut être facilement détachée.

Le rein gauche est remplacé par une masse jaune, graisseuse à l'extérieur, et du volume d'un œuf d'autruche, enveloppée par une couche cellulaire. Sa partie centrale, à la loupe, paraît formée par une substance fibreuse, et graisseuse, traversée par plusieurs tuyaux (calices) qui convergent vers une cavité centrale (le bassinet). Les substances rénales ont complètement disparu. La plus grande partie de la tumeur est formée par de la graisse dont les lobes sont séparés par des lames cellulo-fibreuses qui vont se perdre dans un cordon fibreux central. Un calcul, brun à l'extérieur, dur, rugueux en plusieurs points, du volume et de la forme d'un doigt à demi fléchi, occupe le bassinet et bouche en partie l'orifice de l'uretère. D'autres petits calculs existent dans divers points des calices. La vessie saine ; l'appareil digestif sain.

§ 827. *Atrophie des reins par une compression extérieure.* — Les exemples d'atrophie des reins par une semblable cause sont assez rares. Toutefois j'ai vu une tumeur cancéreuse développée dans la scissure du rein (voy. CANCER DES REINS), la capsule surrénale transformée en une tumeur considérable

(voy. MALADIES DES CAPSULES SURRÉNALES) et un large abcès lombaire, déformer le rein correspondant, l'aplatir et l'atrophier à un degré plus ou moins considérable.

§ 828. Enfin, il est des atrophies des reins, sans traces de lésions rénales, sans dilatation des uretères, sans indices d'un obstacle antérieur au cours de l'urine, et sans compression extérieure de ces organes.

OBS. IV. — Atrophie du rein droit; kystes dans le rein gauche, catarrhe bronchique; épanchement pleurétique; ossification des valvules aortiques; masses cancéreuses dans le foie; dégénérescence squirrheuse du pancréas.

Un vieillard, âgé de 84 ans, nommé Markotty, ancien aubergiste, entra à l'hôpital de la Charité (1833) dans un état de maigreur très grande. Ses jambes étaient infiltrées, et depuis long-temps il était affecté d'un dévoiement abondant qui l'avait jeté dans un état de faiblesse extrême. Depuis un grand nombre d'années il toussait et il expectorait beaucoup. Le pouls, peu développé, était irrégulier, intermittent; les battemens du cœur s'entendaient à peine, et présentaient aussi de l'irrégularité; le bruit respiratoire était difficilement perçu des deux côtés de la poitrine, surtout du côté gauche. Le dévoiement, très abondant (*décoction blanche; potion gommeuse*).

Le lendemain, à-peu-près même état au moment de la visite; mais peu de temps après la respiration devint beaucoup plus pénible; l'expectoration cessa presque entièrement; le côté gauche de la poitrine devint mat.

Le jour suivant, la respiration était encore plus pénible; l'expectoration avait tout-à-coup cessé; on entendait du râle trachéal; le pouls était petit et irrégulier, fréquent; le côté gauche de la poitrine rendait un son tout-à-fait mat; mort dans la nuit.

L'*autopsie du cadavre* eut lieu trente-six heures après la mort. La surface interne des bronches était un peu injectée; les deux poumons étaient sains. Celui du côté gauche était refoulé contre la colonne vertébrale par un épanchement d'au moins un litre de sérosité trouble, dans laquelle nageaient des

flocons fibrineux; d'autres adhéraient aux parties costale et pulmonaire de la plèvre. Il y avait quelques onces de liquide dans la plèvre droite. Les valvules sigmoïdes présentaient une ossification commençante; le ventricule gauche n'était ni dilaté, ni hypertrophié d'une manière notable. Il y avait dans le foie sept à huit masses cancéreuses du volume d'un marron, d'une consistance ferme. Les voies biliaires étaient saines; le pancréas était dégénéré en un tissu dur, lardacé, résistant au scalpel; la membrane muqueuse de l'estomac, un peu ramollie, se détachait facilement des membranes sous-jacentes. Le reste du canal intestinal était sans lésion appréciable.

Le rein droit n'avait pas la huitième partie de son volume ordinaire; sa couleur, sa consistance étaient les mêmes que celles de l'autre rein; sa forme était bien conservée, quoiqu'il fût un peu lobulé à sa surface. Le calibre de l'artère rénale était à-peu-près égal à celui de l'artère du rein du côté opposé; disposition assez ordinaire dans le cas d'atrophies non congénitales et consécutives à diverses lésions rénales; l'uretère qui en dépendait, était sain et libre comme celui du côté opposé. Le rein gauche, de volume normal, présentait à sa surface sept ou huit kystes séreux, de couleur jaune ou rougeâtre.

Hydronéphrose.

§ 829. Lorsque l'urine s'accumule lentement dans les reins, à la suite d'un obstacle apporté à son passage dans la vessie, ou à son expulsion au dehors, soit par un corps étranger, soit par un vice de conformation, il arrive quelquefois que les calices et le bassinet se dilatent, sans que leurs parois s'enflamment sensiblement. Ces collections d'une quantité plus ou moins considérable d'un liquide primitivement urineux, et plus tard d'apparence séreuse, dans le bassinet et les calices distendus et non enflammés, ont été désignées sous le nom d'***hydropisie du rein***, d'***hydrorénale distension.***

Des corps étrangers, libres dans la cavité des conduits urinaires (calculs, hydatides); l'épaississement ou le gonflement

des parois de ces conduits; des tumeurs saillantes dans leur intérieur; des brides vasculaires; l'oblitération ou le rétrécissement organique de ces canaux; des tumeurs ou des brides situées sur leur trajet, ou d'autres dispositions anomales des parties voisines; la rétention prolongée et habituelle de l'urine dans la vessie et toutes les causes qui peuvent la produire; enfin tout obstacle au passage de l'urine des calices dans le bassinet, du bassinet dans l'uretère, de l'uretère dans la vessie, donnant lieu à une rétention complète ou incomplète de l'urine dans un des reins ou dans tous les deux, tous ces états, dis-je, peuvent amener le développement d'une hydronéphrose *partielle* ou *générale* d'un ou de ces deux organes.

Lorsque l'obstacle au cours de l'urine existe dans l'uretère ou dans la vessie, l'hydrorénale distension se dessine parfois au-dedans de la scissure du rein sous la forme d'une tumeur sphéroïde plus ou moins considérable, dont les parois sont formées par le bassinet dilaté. Le rein, refoulé et comprimé de dedans en dehors, diminué de volume, coiffe la tumeur comme une espèce de casque, et présente ordinairement à sa surface un certain nombre de bosselures (Atlas, Pl. xxii, fig. 4 et 5).

Chez l'homme, le plus souvent cependant, l'hydrorénale distension s'opère à-la-fois dans le bassinet et les calices; le plus souvent aussi elle est générale. Au début, dans les cas les plus simples, la dilatation est légère, et porte spécialement sur les parois du bassinet. A ce degré commençant, le tissu du rein offre au toucher sa résistance normale; plus tard, la surface de cet organe devient bosselée, et, sur ces éminences, le rein paraît mou et fluctuant sous les doigts; plus tard encore, ces bosselures, produites par la dilatation et la distension des calices et l'atrophie de la substance rénale correspondante, deviennent plus prononcées : le rein acquiert surtout en quelques points la mollesse d'un kyste rempli par un liquide. Le plus souvent aussi le bassinet et le commencement de l'uretère distendus et considérablement augmentés de volume, forment au-dedans de la scissure des reins une tumeur pyriforme dont la pointe est en bas (Atlas, Pl. xxiv, fig. 1, 3 et 5). Dans d'autres cas, au contraire, on a vu, par suite d'une semblable distension,

un des reins acquérir une dimension monstrueuse (ATLAS, Pl. XXI, fig. 1; pl. XII, fig. 1), ou même les deux reins transformés en deux énormes poches, à la surface desquelles on remarquait des îlots de substance rénale (ATLAS, Pl. XXXIII, fig. 1).

Dans l'hydronéphrose, les bosselures sont généralement en rapport, pour leur dimension, avec le degré de l'hydrorénale distension. Lorsqu'on a divisé les reins de leur bord convexe à leur scissure, ils offrent intérieurement des apparences qui varient suivant le degré de la distension. Lorsqu'elle est légère, on trouve le bassinet dilaté, les saillies des mamelons plus ou moins affaissées; chaque calice paraît devenir plus long et prendre la forme d'un entonnoir, par suite de l'élargissement de sa base. D'abord aplatie par la pression du liquide, la surface des mamelons, reconnaissable à des stries rouges, convergentes, devient concave (ATLAS, Pl. XXIV, fig. 1 et 6; Pl. XXII, fig. 2 et 3) et un peu rude au toucher, surtout sur les parties centrales, qui présentent une légère dépression. A un degré plus avancé, le calice dilaté et la surface déprimée des mamelons forment de véritables poches, simulent des cavernes dont les ouvertures, quelquefois assez étroites, ont ordinairement une assez grande dimension (ATLAS, Pl. XXIV, fig. 5; Pl. XXII, fig. 1, 2 et 3). Ces petites cavernes excentriques ne communiquent point les unes avec les autres et aboutissent, toutes par leur ouverture, dans une cavité membraneuse, centrale, beaucoup plus grande, formée par le bassinet dilaté, avec lequel elles se continuent et semblent quelquefois se confondre, lorsque la distension est considérable. Dans les légères dilatations, lorsqu'on ouvre le bassinet, on aperçoit une série de trous arrondis, disposés irrégulièrement, mais en général deux à deux. La dimension de ces trous est très variable; ceux de l'extrémité des reins sont, en général, plus grands que les autres, et présentent cela de remarquable, que le fond de leur cavité (que l'on voit beaucoup mieux que celui des autres, à cause de la plus grande dimension de leur ouverture) présente une sorte de croix blanche produite par des prolongemens de la membrane des bassinets, laquelle sépare les cônes mul-

tiples qui forment le fond de ces poches. Plus tard, les ouvertures de ces poches s'élargissent encore et se rapprochent de plus en plus du fond de ces petites cavités. La surface des mamelons blanchit, et on ne la reconnaît plus qu'à sa forme arrondie et à un léger rebord formé par l'insertion de la membrane du bassinet à son pourtour. Je me borne à faire remarquer ici que, la diminution de la profondeur des poches formées par la distension des calices et par l'élargissement des ouvertures qui les font communiquer dans le bassinet, coïncidant avec l'augmentation de volume du rein dilaté, il en résulte qu'on aurait d'autant plus de chances de pénétrer facilement dans la cavité du bassinet et d'en extraire un corps étranger, que la tumeur formée par une hydronéphrose, serait plus considérable.

Le bassinet dilaté, coupé et étendu sur une table, présente une infinité de plis à cause de sa dilatation sphérique (ATLAS Pl. XXIV, fig. 1, fig. 3. Pl. XXII, fig. 1. Pl. XXIII, fig. 1 et 3). Sa couleur est presque toujours d'un blanc pur, opaque; quelquefois aussi il offre des lignes comme nacrées, et l'on n'aperçoit presque jamais, dans son épaisseur, de vaisseaux sanguins.

Les substances tubuleuse et corticale des reins, comprimées de dedans en dehors, sont tantôt atrophiées de leur scissure vers leur bord convexe, et à tel point que j'ai vu des reins d'enfant qui n'avaient plus que le volume d'une fève ou d'un haricot, et des reins d'adulte qui, dépouillés de leurs membranes, ne pesaient que deux onces; et dans d'autres cas où l'atrophie s'était faite dans tous les sens, il ne restait des substances tubuleuse et corticale que de légers îlots disséminés sur la tumeur; dans tous ces cas les vaisseaux des reins étaient bien développés et hors de proportion avec les substances rénales, dont l'atrophie était consécutive et non originelle.

Après une hydronéphrose, les membranes fibreuses et celluleuses des reins peuvent éprouver diverses altérations. Quant à la nature du liquide contenu dans le bassinet et les calices dilatés, elle varie suivant que la tumeur est ancienne ou récente, que l'obstacle au cours de l'urine a été complet ou in-

complet, etc. Dans tous les cas, j'ai reconnu, dans ce liquide, de l'urée, et une quantité notable d'albumine, lorsque l'hydronéphrose était ancienne ; c'était, au contraire, de l'urine à-peu-près semblable à celle qui était contenue dans la vessie, lorsque le passage de ce liquide provenant du rein affecté n'était pas complètement intercepté, et qu'il n'existait point d'inflammation du bassinet. A cette occasion je crois devoir faire remarquer que l'hydronéphrose diffère, par des caractères essentiels, des distensions rénales purulentes qu'on observe dans les pyélites simples ou calculeuses (Voyez : PYÉLITE).

Les goulots des calices et leur ouverture dans le bassinet peuvent être obstrués ou oblitérés, et donner lieu aussi à des dilatations, à des hydronéphroses partielles, ou à des espèces de *kystes urinaires* (ATLAS, Pl. XXV, fig. 3, 4). Cette altération, qui est très rare chez l'homme, est très commune chez le bœuf (ATLAS, Pl. XXX, fig. 6, 7 et 8).

Dans la majorité des cas, les kystes lobulaires des reins de cet animal ont cette origine. Ils sont susceptibles d'un très grand développement, car je les ai vus égaler et même surpasser en volume la tête d'un enfant. Chez l'homme, comme chez le bœuf, ces kystes contiennent de l'urine plus ou moins altérée, et quelquefois des calculs; quelques-uns de ces kystes communiquent avec le bassinet par une petite ouverture, à travers laquelle on peut introduire une soie de cochon. A l'aide d'une légère pression, on peut faire passer le liquide qu'ils contiennent, dans le bassinet, et il est facile ensuite de les distendre en insufflant de l'air dans la cavité de ce dernier. D'autres poches urinaires dont l'orifice pelvien est complètement oblitéré, ne communiquent plus avec le bassinet. Alors l'origine de ces poches ou de ces kystes est décélée par la nature urineuse du liquide qu'ils enferment, par leur continuité avec le bassinet qui s'insère à leurs parois, et, dans leur intérieur, par un petit point mat, ou un léger repli qui correspond à l'oblitération de l'orifice du calice dans le bassinet.

Chez le bœuf, le bout des mamelons présente une excavation quelquefois assez considérable, qui n'existe normalement chez l'homme qu'à l'état rudimentaire. Chez le bœuf, l'obstruction

de cette ouverture par des graviers, s'observe fort souvent; dans les cas les plus simples, cette petite excavation est remplie par un gravier qui fait saillie dans le goulot du calice. Dans un état plus avancé, cette espèce de lacune distendue en forme de caverne, contient plusieurs petits calculs, mais elle communique encore avec le calice. Dans un état plus avancé, la poche s'est agrandie, les calculs sont plus nombreux, ou la quantité de l'urine contenue est plus considérable, et l'orifice de communication avec le bassinet admet à peine la tête d'une épingle; enfin, mais plus rarement, la cavité est complètement fermée, et l'orifice de communication avec le calice est clos par une membrane blanchâtre d'une assez grande épaisseur. Ces kystes ou ces poches urinaires ou calculeuses développées dans la substance tubuleuse sont très rares chez l'homme. J'en ai fait figurer un exemple (Atlas, Pl. xxv, fig. 5). Dans un autre cas, une poche calculeuse qui avait affaissé un mamelon, communiquait par une très petite ouverture dans un calice avec lequel elle se continuait (Atlas, Pl. xxv, fig. 8).

On observe bien rarement de petits kystes urinaires et calculeux dans la substance corticale; j'en ai fait figurer un exemple (Atlas, Pl. xxv, fig. 7).

§ 830. Lorsqu'un des reins est seul atteint d'hydronéphrose (hydronéphrose *simple*), l'existence de cette maladie ne peut être reconnue qu'au moment ou une tumeur molle et fluctuante, appréciable au toucher, apparaît dans la région rénale.

Les individus atteints d'hydronéphrose *d'un des reins* ont souvent commencé par éprouver des douleurs plus ou moins vives dans la région lombaire correspondante; quelquefois les douleurs ne se sont pas bornées à cette région et elles se sont étendues dans d'autres parties de l'abdomen. Toutefois les symptômes qui précèdent l'accumulation de l'urine et d'une humeur muqueuse dans le bassinet et les calices dilatés, peuvent être aussi variés que les causes qui sont susceptibles d'apporter obstacle au cours des urines. Quant à la tumeur rénale, elle est ordinairement indolente, et le volume en peut varier entre celui du poing et celui de l'utérus, tel qu'il est dans les derniers mois de la grossesse. On peut généralement limiter assez exac-

tement l'étendue et les dimensions de la tumeur à l'aide de la percussion. La région lombaire reste toujours plus ou moins bombée, lorsque les malades sont assis ou placés horizontalement, à quatre pattes. Au toucher cette tumeur paraît bosselée comme un gros intestin distendu. Le liquide qu'on trouve dans la tumeur après la mort, ou qui en sort à la suite d'une ponction, n'a jamais les qualités de l'urine saine, même dans les cas où la maladie résulte de l'oblitération des conduits urinaires; mais ce liquide contient toujours de l'urée. Quant à l'urine rendue pendant la vie, elle est le plus souvent saine, à moins qu'elle ne reçoive des caractères particuliers d'une diathèse, le rein sain suppléant le rein malade dans sa fonction. Un des reins peut même être transformé en une énorme poche, sans qu'il en résulte le plus léger dérangement dans les principales fonctions et dans la santé générale. Mais la mort peut survenir en peu de temps, lorsque la sécrétion ou l'excrétion de l'urine vient à être suspendue, pendant un ou plusieurs jours, dans le rein sain.

§ 831. Dans le cas d'hydronéphrose *double*, la maladie ne peut être reconnue qu'autant que les tumeurs résultant de la dilatation des bassinets et des calices ont acquis des dimensions assez considérables pour être appréciées à la percussion des hypochondres et des lombes, ou bien au toucher lorsqu'elles débordent le bord libre des fausses côtes. Il m'est arrivé dans un cas (Obs. IV), de ne reconnaître que l'une des tumeurs rénales, l'autre étant restée cachée, en très grande partie au moins, dans l'hypochondre droit.

De semblables tumeurs ne peuvent être confondues par leur forme qu'avec celles qui résultent des kystes des reins, de l'accumulation du pus ou du sang dans le bassinet et les calices dilatés; mais dans l'inflammation du bassinet l'urine est toujours plus ou moins chargée de pus, à moins que toute communication soit interceptée entre le bassinet enflammé et la vessie, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. D'ailleurs dans la pyélite la tumeur est presque toujours douloureuse, et le plus souvent elle est indolente dans l'hydronéphrose. Dans les derniers temps de l'hydropisie des reins, l'urine muqueuse et légè-

rement filante, rendue par le malade, est bien distincte de l'urine purulente ou de l'urine sanguinolente et purulente de la pyélite chronique; de sorte qu'après un examen attentif il sera toujours possible de distinguer ces deux espèces de tumeurs rénales.

Quant aux caractères qui distinguent les hydronéphroses des autres tumeurs des régions rénales, on pourra se guider d'après les remarques que j'ai déjà faites à l'occasion des pyélites avec tumeur, et qu'il serait superflu de reproduire ici.

Il me suffira de rappeler que des cas d'hydronéphrose ont été pris, pendant la vie, pour des cas de grossesse ou d'hydropisie de l'ovaire (1).

Dans un cas d'hydronéphrose, la poche formée par le bassinet et les calculs distendus peut, sur un ou plusieurs points devenir le siège d'une inflammation intercurrente, d'une véritable pyélite, annoncée par des frissons irréguliers, par de la fièvre et des douleurs plus ou moins vives dans la tumeur; mais je ne connais pas d'exemple d'hydronéphrose terminée par une fistule communiquant avec l'intestin, ainsi que cela s'est vu un assez grand nombre de fois à la suite des pyélites (Voyez : FISTULES RÉNALES).

§ 832. Dans un cas d'hydronéphrose d'*un des reins*, ce qui constitue le danger, ce qui le rend nul ou imminent, c'est la chance plus ou moins éloignée ou plus ou moins prochaine d'une obstruction de l'uretère du côté opposé, ou de l'inflammation du rein du côté opposé dont les fonctions sont régulières. Chez un malade cité par Kœnig, l'affection du rein durait depuis 23 ans; chez M. V. (OBS. II) les premiers accidens s'étaient déclarés près de 50 ans avant la mort, qui fut déterminée par un calcul engagé dans l'uretère du côté opposé.

(1) Dans un cas rapporté dans l'*Histoire de l'Académie des sciences* (1732, n. 7, p. 32, 7e obs. d'un chapitre intitulé : *Observations anatomiques*), une tumeur rénale pesant 35 livres, située dans le flanc gauche et l'hypogastre, fut prise pour un *utérus*. Dans l'exemple rapporté par Johnson, on prit la tumeur formée par le rein pour une *hydropisie de l'ovaire*, et dans le cas rapporté par Howison la maladie était considérée comme une *affection spasmodique de l'intestin*.

Dans l'hydronéphrose *double*, le danger est proportionné au degré d'atrophie des substances rénales. Tous les cas sont plus ou moins rapidement mortels; les malades ne s'alitent ordinairement que peu de jours avant la mort, qui a lieu le plus souvent d'une manière aussi rapide qu'imprévue.

Un nouveau-né atteint d'une double hydronéphrose n'est pas viable.

§ 833. Dans le traitement de l'hydronéphrose, il faut rechercher la cause de l'obstruction de l'uretère; et, si cette obstruction paraît due à un calcul et que par l'examen de l'urine et à l'aide d'autres renseignemens, on parvienne à connaître la nature du calcul, on cherchera à le ramollir ou à en opérer la dissolution. Ensuite on éloignera autant que possible toutes les causes qui pourraient enflammer la poche rénale et augmenter la sécrétion de l'humeur du bassinet et des calices. Si la tumeur, développée sans avoir été précédée de symptômes propres aux coliques néphrétiques, et par l'occlusion de l'uretère, peut être attribuée à un vice de conformation, on essaiera de faciliter le cours de l'urine à l'aide de légères frictions, d'une douce compression sur la tumeur, en faisant prendre au malade diverses attitudes.

Le docteur Kœnig a conseillé de pratiquer une ponction à ces tumeurs hydrorénales à l'aide d'un trois-quarts, toutes les fois qu'elles s'élèvent sensiblement et qu'elles présentent évidemment de la fluctuation, ainsi que cela se fait pour l'hydropisie de l'ovaire. Un tel conseil ne doit pas être suivi tout d'abord, quel que soit le volume de l'hydronéphrose d'un des reins; car cette maladie est compatible avec l'exercice régulier des principales fonctions; elle ne compromet évidemment ni la santé ni la vie; et d'un autre côté, après la ponction on a vu la poche rénale s'enflammer, une péritonite survenir et les malades succomber (1). Mais si, tant que la poche rénale est

(1) Martins (*Medical Comment.*, vol. IX. — Howship, *ouv. cité*, p. 31) fait mention d'un cas dans lequel on retira d'une semblable tumeur, par la ponction, dix pintes d'un liquide sanguinolent. Cette même tumeur s'étant remplie de nouveau; deux ans après, on fit la même opération, mais cette fois on fit l'ouverture de la tumeur avec une lancette au lieu d'un trois-quarts, le liquide coula dans la cavité du bas-ventre, et la malade mourut peu de jours

non douloureuse, on doit se dispenser de recourir soit à la ponction, soit à l'incision de la tumeur, il en est autrement lorsque les parois de la poche s'enflamment, lorsqu'elles paraissent se ramollir ou se perforer; il faut recourir aux saignées locales et générales, aux bains et aux cataplasmes émolliens, et en même temps évacuer par des lavemens et des purgatifs les matières amassées dans le gros intestin. Si les accidens persistent, s'il survient des frissons, si la douleur lombaire est plus vive ou plus continue, il devient nécessaire alors de frayer au dehors une voie au pus ou à l'humeur séreuse et purulente accumulée dans le bassinet et les calices.

Historique et observations particulières.

§ 834. J'ai pu rassembler et comparer un assez grand nombre de cas d'hydronéphrose. D'après l'auteur d'un mémoire sur l'hydropisie des reins, inséré dans le *London medical repository*, vol. XIX, p. 41, il paraîtrait que Rudolphi et Frank ont les premiers employé la dénomination d'*hydropisie des reins* (1) pour désigner ces cas. Johnston (2) lui donna le nom de *distension hydrorénale* (hydrorenal distension).

§ 835. Les exemples d'hydronéphrose *simple* ou d'un des reins sont moins rares que ceux d'hydronéphrose double. Parmi les cas d'hydronéphrose simple chez l'adulte ou le vieillard, je citerai les suivans :

Tulp (3) dit qu'un homme était régulièrement affecté d'ischurie à l'époque de la pleine lune, et qu'après sa mort on trouva le rein gauche aussi grand que la vessie urinaire. Hal-

après. A l'ouverture du cadavre, on trouva que le rein gauche, dont l'uretère était complètement oblitéré, formait un énorme sac qui renfermait le liquide évacué à chaque opération.

(1) La pyélite chronique suppurée a été aussi désignée sous le nom d'*hydropisie séro-purulente du rein* (Howison. *Edinb. med. and sur. journ.*, vol. XVIII, p. 557); cette dénomination me paraît fautive.

(2) *Med. chir. trans.* July 1816.

(3) Tulp. (N.). *Obs. med.*, lib. II, p. 168, Amstælodami, in-12, Ischuria lunatica.

ler (1) rapporte que chez une femme hydropique il s'était formé, depuis plusieurs années, une tumeur au-dessous du nombril. Après la mort, on vit que cette tumeur était formée par un des reins dégénéré en un sac membraneux, blanc, rempli d'eau. L'autre rein était entièrement sain et dans sa position naturelle.

Mon fils, dit Jean-Pierre Frank (2), a trouvé, sur le cadavre d'un jeune homme, mort à l'hôpital de Vienne, le rein gauche dilaté, au point qu'il remplissait toute la cavité abdominale. Il contenait plus de soixante livres d'un fluide plutôt aqueux qu'urineux. Il ne restait de sa substance que la membrane propre. La pièce est déposée au Muséum anatomique de Vienne.

On peut rapprocher de ces faits l'observation recueillie par le docteur Reynaud (3) d'une énorme dilatation du rein gauche, transformé en une poche qui contenait une grande quantité de liquide plus pâle que l'urine ordinaire. L'uretère correspondant était rétréci, au point qu'une épingle pouvait à peine être introduite dans sa cavité. Le rein droit était plus volumineux que d'ordinaire. Le malade qui présenta cette altération du rein, était mort accidentellement et des suites d'une fracture de l'orbite. Il est très probable que l'altération du rein gauche n'exerçait aucune influence fâcheuse sur la santé du malade, le rein droit le suppléant dans sa fonction.

M. Piorry (4) a montré à ses élèves, en 1832, un rein droit énormément dilaté et ayant un pied de longueur sur cinq à six pouces de largeur; cette altération était la suite d'une obstruction de l'uretère correspondant par un calcul.

§ 836. La *dégénérescence cancéreuse* de l'utérus est une des causes les plus fréquentes de la rétention de l'urine dans les uretères, et par suite de leur dilatation, et de la dilatation du bassinet et des calices, et enfin de l'atrophie du rein.

Chez une femme de 40 ans qui mourut à l'hôpital de la

(1) *Gœttingen gel. Anzeigen* 1777, S. 1196.

(2) Frank. *De curand. homin. morbis*, vol. VII, sect. 1, § 743.

(3) *Journ. hebdomad.*, t. 1, p. 81 à 89.

(4) *Gazette des hôpitaux*, 1832, p. 451.

Charité d'un cancer de l'utérus, la dilatation du rein fut portée à un tel point, qu'elle donna lieu à une tumeur fluctuante et bosselée dans la région lombaire du côté droit. Dans ce cas l'uretère fut comprimé par des ganglions lymphatiques indurés et augmentés de volume qui se trouvaient entre l'utérus et le muscle iliaque. Le rein était dans le même état que dans les cas précédens : le liquide contenu dans le bassinet était jaunâtre et sans odeur. L'uretère du côté gauche n'était point dilaté; le rein correspondant était un peu pâle.

J'ai vu un autre exemple de rétention d'urine dans le rein et l'uretère, chez une femme atteinte d'une énorme ulcération cancéreuse de l'utérus; c'était encore le rein droit qui était affecté, mais il était pourvu de deux uretères; un d'eux, très dilaté, avait presque la dimension d'un intestin grêle : c'était celui qui recevait l'urine de la partie inférieure du rein; l'autre avait sa forme et son calibre ordinaires.

Chez une troisième femme, morte d'un cancer de l'utérus, les reins excessivement pâles avaient subi un commencement de distension; les uretères, dilatés, gros comme le petit doigt, avaient la dimension de l'intestin grêle d'un enfant. Le bassinet du rein gauche était tellement plein de liquide que les mamelons étaient complètement affaissés.

§ 837. Chez des *nouveau-nés* on a plusieurs fois observé des cas d'hydronéphrose d'un des reins. Bonet (1) cite dans son

(1) « Ante sex circiter septimanas accessit me chirurgus, indicans monstrosum fœtum pridie natum esse, etc. Cum corpusculum detegerem, vidi ingentem tumorem in abdominis regione sub hypochondrio sinistro, et facta dissecandi copia adsumpsi mihi comitem clariss. dom. Borrichium, a quo rogatus cujusnam partis tumorem illum esse crederem? accusavi lienem : ille vero hepatis hoc vitium esse indicavit.

Aperto abdomine cum magnâ circumspectione, invenimus hepar mole suâ naturalem quantitatem non excedere, ut nec ventriculum, nec lienem : cumque intestina tenuia non statim apparerent, credebamus primo intuitu naturam involucro membranoso eadem obvolvisse, et a reliquis abdominis visceribus separasse. Sed cum eadem reperiremus detrusa versus os ilium dextrum, in alias incidimus cogitationes : nam venis magnis per superficiem sparsis præditus erat tumor, et in ejus parte superiore aliquid rubicundi, instar pla-

Sepulcretum, le cas d'un enfant nouveau-né, dont le rein droit, transformé en une membrane épaisse, formait une tumeur sensible extérieurement. L'uretère de ce rein était complètement obstrué.

Obs. I. — Hydronéphrose du rein gauche chez un nouveau-né; oblitération de l'uretère correspondant. — (Billard. *Traité des mal. des nouveau-nés*, p. 434, in-8; Paris).

Jules Martin, âgé de quatre jours, entre le 23 février à l'infirmerie. Il est fort, ses tégumens sont très colorés ; il porte à la région lombaire une tumeur arrondie, molle au toucher, offrant à son centre une excoriation rougeâtre, et à sa circonférence un bourrelet dur, rouge, inégal. L'enfant resta à l'infirmerie pendant un mois ; durant ce temps, il maigrit et s'étiole insensiblement; il a le dévoiement et des vomissemens abondans, son cri est toujours faible et sa circulation très lente. Enfin, il meurt le 21 mars. On trouva à l'ouverture du cadavre un épanchement considérable de sérosité dans les ventricules latéraux, le long du rachis et dans la tumeur qui existait à la région lombaire au niveau d'un écartement des apophyses épineuses des dernières vertèbres lombaires et des premières sacrées. L'appareil digestif n'offrait rien de remarquable, mais l'appareil urinaire présentait la disposition suivante. Le rein gauche consistait en une masse, grosse comme un œuf d'oie, de lobules semi-transparens irrégulièrement agglomérés, et qui formaient autant de petits kystes pleins d'un fluide blanc et inodore. Ces kystes communiquaient tous entre

centæ uterinæ apparebat: unde, quanquam masculus esset fœtus, sperabamus uterum hic nos inventuros et in eo fortasse fœtum; eoque magis quod in fine cerneremus particulam, qualis est ala vespertilionum, cum tuba et teste in mulieribus. Sed, aperto tumore, invenimus eum repletum fuisse copia seri ingenti : venas examinando deprehendimus eas e trunco cavæ statim sub hepate originem trahere, tandemque deprehendimus renem dextrum in ejusmodi molem excrevisse et tumorem illum efformasse, qui tamen ren et a figurâ suânaturali et a substantia plurimum discrepabat, cum crassissimæ membranæ erat admodum similis ; ureter quoque dexter planè erat impervius (Joan. van Horne. *in Epistol*, Barthol. cent. 3, epist. 81. — Bonet. *Sepulcret.*, t. II, p. 290).

eux; les plus voisins du bassinet s'ouvraient dans ce réservoir, qui lui-même était rempli d'un fluide semblable au précédent. Le rein n'offrait aucune trace de sa texture naturelle. Cependant, vers sa scissure, on remarquait une couche de tissu cellulaire assez épaisse et comme condensée. C'était dans ce tissu que venait se terminer, en s'oblitérant, la veine et l'artère rénale. J'ai cherché vainement la connexion de l'uretère avec le bassinet; celui-ci formait un véritable cul-de-sac sans débouché. L'uretère était bien développé près de la vessie, où il s'ouvrait comme à l'ordinaire; mais en remontant vers le rein, on le voyait dégénérer en deux petits cordons très minces, bifurqués et nullement perforés, et près du bassinet ces filamens se multipliaient et s'appliquaient au rein en forme de patte d'oie.

Le rein droit était plus développé qu'à l'ordinaire; la vessie très peu dilatée contenait de l'urine trouble, dans laquelle se trouvait une grande quantité de petits graviers, fins comme du sable; les poumons étaient un peu gorgés de sang, les ouvertures fœtales étaient oblitérées.

§ 838. Le cas d'hydronéphrose d'un des reins le plus remarquable qu'on ait observé jusqu'à ce jour, est peut-être celui qui est rapporté par M. Glass (1). La mère de la jeune fille chez laquelle le cas fut observé, avait été hydropique pendant sa grossesse; l'enfant naquit avec le ventre rempli d'eau; mais du reste elle était saine. Quoique la maladie fit des progrès à mesure que l'enfant se développait, elle atteignit l'âge de 23 ans. Le ventre était extrêmement gros; mesuré après la mort, il avait six pieds quatre pouces de pourtour et un peu plus de quatre pieds, depuis le cartilage xyphoïde jusqu'aux os pubis. Huit mois avant sa mort, les règles de cette jeune fille cessèrent. En ouvrant le ventre, il sortit environ trente gallons de liquide (un gallon contient quatre pintes de Paris), de couleur café. Un grand sac membraneux, qui avait contenu ce liquide, était en partie adhérent à la paroi antérieure de l'abdomen et en occupait toute la capacité. Pour son aspect, sa couleur, son épais-

(1) *Philosoph. transact.*, vol. XLIV, n. 482, p. 337. — Howship. *Ouv. cité* p. 31-33.

seur, le nombre, la grandeur et la distribution de ses vaisseaux sanguins, ce sac ressemblait à l'utérus d'une vache sur le point de mettre bas. Toute la surface interne était rude, comme échaudée, et renfermait encore une certaine quantité de liquide couleur café. Antérieurement et à gauche, on découvrit l'orifice d'un conduit qui entrait obliquement dans la cavité du sac, et dans lequel on pouvait facilement enfoncer le tuyau d'une plume d'oie. Ce canal passait dans l'étendue de douze pouces, entre les membranes du sac, dans une direction oblique, de bas en haut et de gauche à droite, puis il se recourbait en bas et passait entre les duplicatures du ligament large de la matrice pour s'insérer dans la vessie.

Le rein gauche, ses vaisseaux sanguins et son uretère étaient dans l'état naturel. La vessie était très petite, mais saine.

Il n'existait aucun vestige du rein droit, et très probablement la tumeur n'était autre chose que le rein droit lui-même; car elle recevait de l'aorte et de la veine cave des vaisseaux qui se distribuaient sur les parois de ce sac.

§ 839. Les deux observations suivantes n'offrent pas moins d'intérêt. Dans l'une, la mort fut la suite prompte et inévitable de l'obstruction des deux uretères par deux calculs; dans l'autre, l'hydronéphrose était compliquée d'une dégénérescence cancéreuse de la vessie et d'un des uretères.

Obs. II. — Hydronéphrose très considérable formée dans le rein droit, à la suite de l'obstruction de l'uretère par un calcul; anurie complète à la suite de l'obstruction de l'uretère gauche; mort (Atlas, Pl. xxi).

M. V....., âgé de 64, avait ressenti, à l'âge de 22 ans, dans la région du rein droit une douleur qui se propageait obliquement vers la vessie en suivant la direction de l'uretère; cette douleur persista et augmenta de plus en plus, et les urines étaient parfois sanguinolentes, et même quelquefois d'une teinte noirâtre; le malade était pâle et maigre. Peu-à-peu l'urine cessa d'être sanguinolente et reprit ses caractères ordinaires, et la santé de M. V..... devint très bonne; et, pendant une longue suite d'années, il jouit d'une santé florissante. Pendant l'hiver de 1828, il contracta une bronchite qui

persista plusieurs mois, et au printemps de 1833 une névralgie sciatique.

M. V..... commença vers l'année 1820 à acquérir de l'embonpoint qui augmenta de plus en plus; le volume du ventre prit un accroissement fort remarquable, et dans les derniers temps surtout ce volume du ventre le gênait considérablement dans la marche.

Le 18 septembre 1834, M. V..... éprouva dans le ventre un malaise qui l'obligea à s'aliter ; des douleurs se faisaient sentir dans tout l'abdomen, mais surtout vers la région du rein gauche. Cette région était douloureuse au toucher : le malade n'urinait point, n'avait même aucune envie d'uriner, et la vessie n'était point distendue. Pendant dix jours M. V..... n'eut aucun besoin d'uriner, et au bout de ce temps seulement il rendit deux verres d'une urine citrine. En examinant le ventre, M. Hamel et moi, nous constatâmes la présence d'une tumeur volumineuse qni s'étendait obliquement de l'hypochondre droit vers la fosse iliaque gauche. Cette tumeur présentait une fluctuation obscure : nous pensâmes qu'elle était formée par le rein droit distendu (ce que l'examen du corps après la mort confirma). L'état du malade devint de plus en plus grave. La langue se couvrit d'un enduit limoneux. Les traits s'altérèrent, les nuits furent agitées, le pouls s'affaiblit; il survint des hoquets et le malade expira le 13 octobre 1834, à neuf heures du matin.

A l'ouverture du corps, nous trouvâmes le rein droit prodigieusement distendu et converti en une poche remplie de sept livres onze onces d'un liquide filant; la tumeur avait 16 pouces de long de bas en haut; la longueur de son bord convexe était de 22 pouces, et celle de son bord concave de 16 pouces; la tumeur avait 7 pouces 6 lignes d'épaisseur à son milieu. L'uretère, dilaté à son origine, se rétrécit bientôt subitement, et dans cette espèce d'étranglement on sentait un petit calcul engagé dans ce conduit, qu'il avait complètement obstrué. Au-dessous de cet obstacle, l'uretère reprenait ses dimensions ordinaires.

Le rein gauche était considérablement gonflé et rouge; le

bassinet était notablement dilaté et arborisé ; l'uretère gauche, comme celui du côté droit, contenait un petit calcul, arrêté à 5 pouces environ du bassinet. La vessie était saine, et les autres organes de l'abdomen étaient dans l'état naturel.

L'altération du rein droit rend parfaitement compte de l'ancienne maladie de M. V..., et de la cause de sa mort, devenue inévitable par la gravité de l'affection du rein gauche (le seul qui fut en état de fonctionner à la suite de l'obstruction de l'uretère).

Obs. III. — Hydronéphrose du rein gauche ; obstruction de l'uretère correspondant par un calcul; dilatation de ce conduit; tumeurs fongueuses développées sur sa membrane interne et dans la vessie (Atlas, Pl. liii, fig. 1 et 2).

Un homme d'une cinquantaine d'années admis à l'hôpital de la Charité dans le service de Lerminier, portait une tumeur fluctuante, peu douloureuse, dans le flanc gauche. Cette tumeur s'affaissa, et l'urine devint sanguinolente. Mon opinion fut que cette tumeur était formée par une distension du rein. Cet homme mourut quelque temps après, et j'assistai à l'ouverture du corps.

Autopsie du cadavre. Taille de 5 pieds 8 pouces, maigreur très grande, ventre plat (on ne sent plus distinctement la tumeur dans le flanc gauche).

La tête ne fut pas ouverte.

Poitrine. Une tâche laiteuse sur la paroi antérieure du péricarde; deux grands verres de sérosité trouble dans la plèvre gauche; quelques points hépatisés dans le lobe inférieur du poumon gauche; poumon droit engoué dans toute sa partie postérieure, d'où beaucoup de sérosité s'écoule par l'incision.

Abdomen. Foie sain, rate petite, estomac contracté. Le grand épiploon se prolonge très bas, le colon transverse descend jusqu'au pubis, le colon descendant est vide. Une sonde est facilement introduite dans la vessie, et on n'y sent ni brides ni calculs. Une poche formée aux dépens du rein occupe l'hypochondre gauche, refoule la rate en haut sous le diaphragme, et descend jusqu'à trois travers de doigt du niveau de l'épine iliaque. Cette

tumeur est fluctuante. Le volume de l'uretère est plus considérable que celui du pouce d'un adulte. La vessie, grosse comme le poing, contient de l'urine. La capsule surrénale, tout-à-fait saine, est placée sur la face antérieure de la poche rénale, près de sa partie supérieure. Cette poche a près de huit pouces de hauteur. Dans son intérieur on trouve une certaine quantité d'une matière brunâtre, peu épaisse, sans odeur. L'uretère contient la même matière.

L'intérieur de la poche n'offre ni injection, ni dépôt de matière blanchâtre ou purulente. Sur plusieurs points de la face interne de la tumeur, on voit des plaques de fibrine, jaunâtres, décolorées et adhérentes à la poche. Les substances rénales ont complètement disparu par suite de la distension du bassinet et des calices. Les calices sont transformés en loges, de grandeur variable, qui viennent aboutir au bassinet qui n'est pas dilaté en proportion. Les parois de l'uretère ont à-peu-près la largeur et l'épaisseur de l'aorte. A la face interne de ce conduit et supérieurement, on voit plusieurs petites fongosités dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'un petit pois.

La membrane muqueuse de l'uretère dilaté est assez consistante pour pouvoir être facilement disséquée dans toute l'étendue de ce conduit. Les petites tumeurs fongueuses sont implantées sur cette membrane; au-dessous d'elle, la membrane fibreuse de l'uretère a l'apparence du tissu fibreux des artères sans en avoir l'élasticité. On peut le séparer assez facilement en plusieurs couches (Atlas, Pl. LIII, fig. 3). L'épaisseur de cette tunique fibreuse était considérable. Dans l'intérieur de l'uretère, près de son embouchure dans la vessie, existe un calcul, semblable pour le volume à une noix de galle, coloré en noir : près de ce calcul on voit de petites fongosités, rouges et molles, et que leur vascularité et la continuité de leur tissu avec la membrane de l'uretère ne permettent pas de confondre avec la fibrine déposée en quelques points sur les parois de ce conduit.

La membrane interne de la vessie présente de petites fongosités vers les orifices des uretères, plus du côté gauche que du côté droit, et tout près de l'orifice de l'uretère gauche.

Le calcul, situé à l'extrémité inférieure de l'uretère, qu'il obstruait complètement, avait neuf lignes de longueur ; il était ovale, noir et surmonté d'aspérités ; sa couche corticale se brisa d'elle-même et paraissait composée de sang desséché. La masse du calcul était grisâtre et composée de phosphate de chaux. L'urèthre était sain.

Le rein droit d'un volume ordinaire, grenu à sa surface, présente quelques points injectés et d'autres anémiques. Les membranes du rein s'enlèvent difficilement et entraînent avec elles un peu de substance corticale; l'uretère, le bassinet et le calice étaient sains.

§ 840. Les cas d'*hydronéphrose double* ne sont pas très rares, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

Ruysch (1) a rapporté un cas de double hydronéphrose, observé sur une brebis. J'ai trouvé une semblable altération chez un chien. P. Jalon (2) a observé une double hydronéphrose, chez un enfant de 10 ans, auquel un chirurgien avait extrait à l'âge de 7 ans un calcul arrêté dans l'urèthre et qui avait produit une rétention d'urine.

On lit dans l'*Histoire de la Société royale de Médecine* (Années 1780-1781, page 272) un cas de double hydronéphrose, observé chez une femme, âgée de 40 ans. Le rein droit formait une masse molle, membraneuse, qui avait huit pouces de long et cinq pouces de large. La partie supérieure de la tumeur présentait des bosselures semblables à des circonvolutions intestinales. Cette tumeur contenait une grande quantité de sérosité et quatre calculs assez gros. Elle parut composée de plusieurs cellules membraneuses qui s'ouvraient les unes dans les autres. Pour découvrir le rein gauche, dont on n'apercevait pas de traces, il fallut suivre l'uretère, lequel conduisit presque près du diaphragme à un petit sac membraneux qu'on reconnut être le rein. Ce sac renfermait quelques cellules, et avait un

(1) Ruyschii. *Museum anatomicum*, p. 146. Theca C. Repertor. 2, n. 4 et 5 (*expansio renum* - *hernia renalis*).

(2) Jalon (P.). *Obs. de urinæ incontinentia.*—Ephem. nat. cur. Dec. 2, ann. 2, obs. 129, pag. 290.

peu plus d'épaisseur et de consistance que n'en avaient les membranes du rein droit. On y voyait quelques restes de mamelons deformés, mais il n'était plus possible de distinguer les deux substances qui constituent le rein. Les membranes de ce sac contenaient de la sérosité et un calcul de la grosseur d'un pois.

Hallé (1) a observé un cas d'hydronéphrose double chez une femme âgée d'une quarantaine d'années. Cette hydronéphrose avait été occasionée par des calculs rénaux; deux ans avant la mort de la malade on avait reconnu une tumeur dans le flanc droit. La mort survint après des accidens graves, que l'auteur désigne sous le nom de *fièvre maligne*, et qu'il attribue plutôt à de violens chagrins éprouvés par la malade qu'à la double affection des reins.

§ 841. Une double hydronéphrose peut être la suite d'un *vice de conformation des uretères* qui apporte un obstacle plus ou moins considérable au cours de l'urine.

Obs. IV. — Hydronéphrose double, suite d'un vice de conformation des uretères (Atlas, Pl. xxiii).

François Ham, âgé de 17 ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 11 janvier 1836. Ce malade d'une constitution chétive, rachitique, amaigrie, ne paraît pas avoir plus de 13 à 14 ans; ses jambes sont arquées, et il est obligé de se servir de béquilles pour marcher. Son enfance a été presque continuellement maladive, bien qu'il ne puisse préciser aucune affection dont il ait été atteint, une exceptée sur laquelle nous allons insister tout-à-l'heure. Il n'a jamais eu de jaunisse, ni de fièvre intermittente, ni d'attaque de nerfs.

Il accuse une douleur dans la région rénale gauche, seulement en avant, douleur qui existe depuis sept ans, qui s'est montrée à différentes reprises par crises, quelquefois accompagnée de vomissemens. Plusieurs applications de sangsues ont été faites *loco dolenti*, et on voit sur le flanc gauche les petites cicatrices, résultant des piqûres; jamais ce jeune homme n'a rendu de graviers; l'excrétion de l'urine n'a jamais

(1) *Hist. de la Soc. royale de Médécine*, 1789 et 1781, p. 272.

été suspendue, ni douloureuse; il se rappelle avoir uriné du sang noir il y a deux ans environ, au milieu d'une crise plus violente que les autres, et qui fut accompagnée de vomissemens. L'hématurie a continué pendant trois jours; jamais il n'a éprouvé de douleurs du côté droit.

A part cette affection, aucun organe ne paraît particulièrement malade; la respiration se fait bien; la circulation ne présente rien d'anomal; le tube digestif semble sain; il y a seulement de la constipation.

En pressant sur le ventre, dans la région du flanc gauche, on détermine une légère douleur. Le ventre est arrondi et plus volumineux qu'à l'ordinaire. Le flanc gauche est saillant. On fait placer ce jeune homme à quatre pattes; et à côté des vertèbres, la région lombaire, au lieu d'offrir, comme dans l'état sain, une sorte de gouttière, est bombée, et présente une voussure. On presse le flanc et on y sent de la fluctuation; on le percute latéralement et antérieurement, et le son est mat dans une étendue grande au moins comme la paume de la main. On ne détermine aucune douleur dans la tumeur en pressant fortement avec les doigts le long de la colonne vertébrale; point de douleur dans les bourses, ni dans la cuisse gauche. Le côté droit est complètement indolent. Les urines, très légèrement acides, sont transparentes, peu colorées, absolument semblables pour la couleur à de la limonade; traitées par la chaleur et l'acide nitrique, elles ne se troublent pas. Je portai pour diagnostic : hydronéphrose du côté gauche. Le 14 janvier, on constate avec encore plus de précision la présence d'une tumeur dans le flanc gauche.

Les urines, examinées de nouveau le 16 janvier, sont toujours claires et ont la couleur d'une limonade. La quantité est ordinaire; l'émission n'en est point douloureuse; elles sont légèrement acides : traitées par l'acide nitrique et la chaleur, elles se troublent très légèrement. Même état des autres fonctions.

Le 21 janvier, sans cause connue, rétention d'urine. A la visite du matin, le malade n'avait pas uriné depuis la veille, trois heures de l'après-midi. La vessie remonte jusqu'à l'om-

bilic. Une sonde pénètre dans la vessie sans rencontrer d'obstacles, et l'on extrait un grand bassin d'urine semblable, pour la couleur, à l'humeur que l'on retire de certaines ascites, ou à une solution gommeuse un peu filante, de saveur extrêmement fade et n'ayant nullement l'odeur urineuse. On constate la présence d'un peu d'albumine dans cette singulière urine.

Pendant les cinq jours suivans, on fut obligé de sonder le malade deux fois en vingt-quatre heures. Une fois seulement il urina seul avec beaucoup d'efforts, mais sans douleur. La proportion du liquide rendu fut au moins triple de celle des boissons ingérées. Douleurs dans le ventre (*trois applications de sangsues, la première de douze, la deuxième de six, la troisième de huit; bains de siège*); amendement dans les douleurs, mais faiblesse générale plus grande.

Le 26 janvier, au matin, on trouve le malade couché sur le côté, les yeux à demi fermés, la face profondément altérée, ayant de l'écume à la bouche, accusant, par ses cris, des douleurs qu'il dit être générales, mais beaucoup plus vives que partout ailleurs, dans l'épaule et le bras droit. Les pupilles sont très dilatées, mais elles se contractent à l'approche de la lumière; la respiration est haute et suspirieuse, sans râle; pouls petit, fréquent (110 pulsations); le ventre n'est point douloureux. En palpant la tumeur du flanc gauche, on reconnaît qu'elle a considérablement diminué de volume; elle ne fait plus de saillie en arrière, sur les côtés de la colonne vertébrale. Les douleurs ont commencé au milieu de la nuit; il n'y a, du reste, ni frissons, ni hoquet, ni vomissemens : les selles ont été naturelles; rien enfin n'annonce une rupture de la poche dans le péritoine, dans l'intestin ou dans le tissu cellulaire; rien non plus ne semble pouvoir expliquer l'intensité et la gravité des symptômes.

Le 27 janvier, à la visite du soir, l'affaissement était moindre; ce matin, l'amélioration est en apparence encore plus notable; le malade a uriné seul et il a dormi un peu; la douleur du bras a disparu; il n'a eu ni hoquets ni vomissemens; respiration moins pénible et moins haute; pouls moins petit et moins fréquent; l'urine a une odeur ammoniacale pro-

noncée (le malade avait peut-être uriné, malgré mes recommandations, dans un urinal mal lavé).

Le 28 janvier, à la visite du soir, face rouge, fièvre ardente. Ce matin, agonie, tremblement des mâchoires, face bleuâtre, yeux à demi fermés, affaissement complet, respiration suspirieuse, élevée, avec gros râle muqueux dans toute la poitrine, et qui s'entend même à distance. Mort à midi.

Autopsie du cadavre.—Abdomen. A l'ouverture du bas-ventre il ne s'échappe point de liquide. On n'aperçoit aucune trace d'inflammation dans le péritoine. Le colon transverse a sa position naturelle; l'intestin grêle est refoulé du côté droit par une tumeur qui a son siège à gauche, et au-devant de laquelle passe le colon descendant. Après avoir enlevé l'intestin, on aperçut une tumeur qui s'étendait de haut en bas, depuis la dixième côte jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Dans toute sa longueur le colon ascendant lui était accolé. Au niveau du tiers inférieur de la tumeur cet intestin est rétréci de manière à ne plus présenter que le volume d'une grosse corde, et, cela, dans l'étendue d'un demi-pouce environ. Dans le sens transversal, la tumeur présente son plus grand diamètre à la partie moyenne environ de sa hauteur, et se rapproche beaucoup de la ligne médiane, vers laquelle s'avance du côté droit une tumeur à-peu-près de même forme que la précédente, mais qui lui est bien inférieure en volume. Entre ces deux tumeurs, se trouve la troisième portion du duodénum, ainsi que le commencement de l'intestin grêle.

Les reins étaient transformés en deux poches d'un inégal volume. A droite la tumeur du rein paraissait être à un degré moins avancé de dégénérescence que la tumeur rénale du côté gauche.

La poche formée par le rein gauche, avait environ 7 pouces de hauteur, 5 pouces et demi dans la plus grande longueur, et 2 pouces et demi environ d'épaisseur. Pour l'aspect de la tumeur, figurez-vous une vessie aplatie, bosselée et remplie de liquide. La poche se compose de deux parties continues: l'une est le rein proprement dit, qui a subi une dilatation énorme; l'autre est le bassinet, dont la disten-

sion est proportionnellement plus grande encore. La substance rénale est complètement disparue. Le rein dégénéré n'est plus qu'une poche membraneuse, mais ayant conservé sa forme primitive, avec de nombreuses bosselures représentant les lobes dont le rein se composait. Les parois de la poche étaient blanchâtres, très minces en quelques points, semi-transparentes. Dans deux ou trois bosselures l'absorption de la substance corticale n'a pas été complète, et il en reste quelques débris d'une ligne environ d'épaisseur. Ces bosselures ont une couleur brun-rougeâtre. Toute la poche est distendue par du liquide; elle se laisse déprimer, et l'on y sent de la fluctuation; on perçoit aussi en quelques endroits la sensation de brides extérieures qui traversent la tumeur; dans les sillons des bosselures, on trouve quelque peu de tissu cellulaire jaunâtre; la partie supérieure de la tumeur est surmontée par la capsule surrénale, qui est aplatie, et n'offre, du reste, rien de remarquable.

La seconde partie de la poche (le bassinet) est également distendue par le liquide. Elle est blanchâtre, et d'un blanc plus mat, partout uniforme, sans saillies, sans bosselures. Les parois du bassinet semblent être devenues plus solides, plus serrées. De la partie inférieure de la tumeur part l'uretère, qui a ses dimensions ordinaires.

La poche ouverte à son côté externe, dans toute sa hauteur, il s'en écoule à-peu-près une pinte d'un liquide transparent, blanc jaune, dont l'analyse sera donnée plus loin. Dans ce liquide on ne voit flotter aucune fausse membrane; partout il est homogène; seulement on y rencontre de petits grains presque noirâtres, arrondis, assez semblables à des grains de plomb ordinaire ou extrêmement fin; ils s'écrasent sous le doigt. Ces grains sont agglomérés au fond de loges que nous allons décrire. L'intérieur de la poche est divisé en plusieurs loges (calices dilatés) communiquant entre elles par l'intermédiaire du bassinet. Les parois de la poche sont formées par la tunique fibreuse du rein, et par la membrane du bassinet et des calices, distendues et d'un blanc mat. Cette couleur blanche est très prononcée, et ressemble à la teinte des intestins

qui ont long-temps macéré dans le liquide d'une ascite. Aucune rougeur, aucune arborisation sur les parois de cette poche, qui ne contient ni pus, ni sang, ni fausse membrane; enfin aucune trace de pyélite.

Quant à la cause de la rétention du liquide dans la poche rénale, la voici : lorsqu'on injecte, de bas en haut, un liquide par l'uretère, au point où il a été séparé de la vessie, ce liquide arrive dans la poche, non directement et par un orifice large et en entonnoir comme à l'état normal, mais après avoir serpenté dans l'espace d'un pouce sous la tumeur; ensuite il pénètre dans la poche par une ouverture d'une ligne environ d'étendue, bridée par une bande linéaire, tout-à-fait semblable à une valvule veineuse, et sort par un jet petit et contourné. Lorsqu'au contraire l'on verse l'eau dans l'intérieur de la poche, elle y reste et ne s'échappe point par l'uretère. Remarquez cependant que l'obstacle ne devait point être complet pendant la vie, puisque jamais avant l'entrée du malade à l'hôpital, il n'y avait eu de rétention d'urine et que la rétention d'urine des derniers jours n'avait pas lieu dans le rein, car avec la sonde on retira tous les jours de la vessie une quantité énorme de liquide. Il y avait donc là un rétrécissement de l'orifice interne de l'uretère, rétrécissement résultant non d'un travail inflammatoire, mais d'un vice de conformation, et qui pendant la vie n'apportait qu'un obstacle incomplet à l'arrivée de l'urine dans son réservoir naturel.

Le rein droit, également transformé en poche, est moins volumineux que le gauche. Du reste, les mêmes lésions s'y rencontrent, seulement à un degré moins avancé. Ainsi, la hauteur de la poche rénale n'est que de cinq pouces; la largeur d'un peu moins de trois pouces, l'épaisseur d'un pouce et demi. Sur la portion de la poche qui correspond au rein, il reste beaucoup plus d'îlots de la substance corticale que sur le rein du côté opposé. Ces petits îlots ont la couleur brun-rougeâtre de la substance corticale un peu altérée. Du tissu cellulaire jaune et assez épais comble les intervalles qui séparent les îlots des calices dilatés et disposés en loges. Le liquide contenu dans la poche est en apparence de même nature que

celui qui était renfermé dans la poche rénale du côté opposé; on en retire un verre. Même teinte complètement blanche de la membrane interne du bassinet et des calices; aucun vestige d'inflammation récente.

L'uretère est dilaté comme le tuyau d'une grosse plume à écrire; ses membranes sont amincies et transparentes. Vers son orifice supérieur il présente un petit coude avec étranglement, qui gêne le cours de l'urine dans son intérieur, mais qui ne l'arrête point tout-à-fait. Injectée de bas en haut, l'eau pénètre dans le bassinet par une très petite ouverture de la dimension d'un point lacrymal. Il y a donc de ce côté un rétrécissement considérable qui a produit des effets moins marqués que celui du côté opposé, puisque la substance du rein est moins complètement atrophiée. Il n'y avait pas rétention habituelle d'urine dans le bassinet, malgré l'obstacle, puisque la dilatation et la désorganisation du rein étaient moins prononcées que du côté opposé.

Tête et rachis. Concrétion fibrineuse dans le sinus longitudinal supérieur. Du côté gauche, quelques adhérences anomales entre les deux feuillets de l'arachnoïde. Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien n'est point infiltré; le cerveau est assez ferme, et il n'y a que très peu de sérosité dans les ventricules latéraux.

La moelle épinière, examinée avec beaucoup de soin, ne présente rien d'anomal. Il n'y a dans le canal rachidien qu'un peu de sérosité au niveau de la queue de cheval; mais elle a dû s'y porter par la position donnée au cadavre.

Poitrine. Le cœur a un petit volume; à la partie antérieure du ventricule droit on remarque une plaque allongée; il y a quelques points cartilagineux dans la valvule mitrale, et un petit caillot décoloré dans le ventricule droit.

La partie supérieure du poumon gauche offre un commencement d'engouement, moins manifeste dans tout le reste de l'étendue de ce même poumon, quoiqu'il paraisse congestionné. Dans le poumon droit, cet état de congestion ne se remarque qu'à la partie inférieure. Il y a un peu d'emphysème dans le bord antérieur des deux poumons. Les bronches ont une rou-

geur assez vive, et ne contiennent qu'une très petite quantité de mucus.

M. Guibourt a bien voulu analyser les liquides contenus dans chacune des poches rénales et celui que nous trouvâmes dans la vessie.

Le liquide contenu dans le rein droit était trouble, d'une odeur d'œufs gâtés, formant par le repos un dépôt blanc, abondant; le liquide surnageant, très peu coloré, filtrant difficilement et filtrant trouble (pes. sp. 1, 0114). L'action de la teinture de tournesol est nulle. La matière qui reste sur le filtre a la forme d'un mucilage liquide, retient l'eau avec opiniâtreté et ne la cède pas au papier gris par la pression. Ce mucus desséché exhale une odeur d'urine et cède à l'éther une forte proportion de matière grasse, fusible à une basse température, et que l'on doit considérer comme de la graisse ordinaire mélangée avec le principe huileux aromatique de l'urine.

Le liquide filtré a été chauffé au bain-marie; il est devenu beaucoup plus trouble qu'il ne l'était; mais la matière précipitée, au lieu d'avoir la consistance concrète de l'albumine coagulée, avait la forme de filamens muqueux. La liqueur a été filtrée, puis évaporée, et elle a formé, jusqu'à la fin, des couennes que j'attribue à un mélange de mucus et d'albumine. Le produit de l'évaporation attirait peu l'humidité, ce qui le distinguait de l'extrait d'urine ordinaire; cependant, y ayant ajouté une petite quantité d'eau, il en est résulté un peu de liquide sirupeux qui s'est pris en une masse grenue par son mélange avec l'acide nitrique. Ce liquide contenait donc une forte proportion d'urée, dont la présence pouvait être prévue d'ailleurs par son odeur d'urine; car il est à remarquer que l'urée et l'huile odorante de l'urine se suivent de telle sorte qu'on peut jusqu'à un certain point juger de la quantité de l'une par celle de l'autre.

Le liquide contenu dans le rein gauche était rougeâtre et transparent; il avait formé un dépôt rouge paraissant être du sang altéré. La liqueur filtrée pèse 1,0071; elle a une faible odeur d'urine; elle semble rougir légèrement la teinture de tour-

nesol, mais cette teinte peut résulter du mélange de sa propre couleur avec celle de la teinture.

Le liquide chauffé se trouble fortement et forme un abondant précipité d'albumine coagulée, qui cède à l'éther un peu de matière grasse, chargée de la matière odorante de l'urine.

Le liquide filtré et évaporé est en partie sirupeux et couenneux; la partie liquide mélangée d'acide nitrique se prend en une masse cristalline tout-à-fait dure et solide. Pour m'assurer davantage que cette propriété était bien due à l'urée, j'ai étendu d'eau le produit évaporé, j'ai filtré et évaporé de nouveau; mais le liquide s'étant encore fortement troublé par la présence de l'albumine, j'y ai ajouté un peu d'acide tartrique; j'ai fait bouillir, j'ai filtré, j'ai évaporé en consistance sirupeuse, et j'ai traité par l'alcool rectifié. Celui-ci évaporé, m'a alors produit un extrait odorant salin et déliquescent qui offrait tous les caractères de l'extrait d'urine, et qui s'est toujours pris en masse solide et cristallisée par l'acide nitrique.

Le liquide, contenu dans la vessie, avait une couleur jaune foncée, une odeur franche et forte d'urine. Action nulle sur le tournesol; dépôt blanc beaucoup moins abondant que celui du liquide contenu dans le rein gauche. Ce liquide, évaporé, forme un précipité bien caractérisé d'albumine coagulée; filtré et concentré, il donne un extrait couenneux. Il est évident, après l'examen du liquide précédent, que cet aspect couenneux de l'extrait était dû à de l'albumine coagulée, divisée dans l'extrait d'urine. Cet extrait, traité par un peu d'eau, a formé un liquide sirupeux qui s'est pris en masse grenue par l'acide nitrique.

Il résulte de cet examen que les trois liquides contenaient les principes de l'urine, et notamment l'urée qui en est la partie la plus caractéristique.

§ 842. Les exemples de double hydronéphrose, chez des enfans *nouveau-nés*, sont des cas rares.

M. Moreau (1) a montré à l'Académie de médecine, le cada

(1) *Nouvelle biblioth. médicale*, 1828, tom. III, pag. 145. — *Archives générales de médecine*, t. XVII, p. 299.

vre d'une petite fille grêle, née trois semaines environ avant terme, d'une mère bien portante, et morte trente heures après la naissance. L'abdomen était distendu outre mesure. Près d'un litre de sérosité citrine était épanché dans le péritoine; l'intestin, contracté et n'ayant guère que le volume d'un lombric, ne contenait point de méconium; la vessie, distendue jusqu'au point de monter au-dessus de l'ombilic, avait ses parois épaissies, parsemées de points rouges, et des colonnes charnues aussi prononcées que certaines vessies d'adulte; les uretères, très distendus, avaient le volume du petit doigt; les reins étaient très volumineux et simulaient deux vastes kystes pleins de liquide.

§ 843. L'observation suivante recueillie par Billard est encore plus complète et plus intéressante.

Obs. V. — Oblitération congénitale de l'urèthre entraînant une énorme dilatation de la vessie, l'élargissement des uretères et la dilatation des deux reins. — (Billard. *Traité des maladies des nouveau-nés*, 1re édition, page 436).

En disséquant le cadavre d'un enfant mort-né, que M. Delpèche, docteur médecin à Paris, avait remis à M. Baron, le 10 juin 1826, je remarquai ce qui suit : La tête était un peu volumineuse, les membres étaient très maigres, les tégumens flasques et un peu violacés; le ventre excessivement ballonné formait une tumeur arrondie très saillante, et présentait une sorte de cône arrondi, dont l'ombilic était le sommet. L'implantation du cordon ombilical était très large; palpant cette tumeur, on y sentait évidemment un fluide. Le cadavre offrait du reste tous les caractères de celui d'un enfant né à terme.

On trouva, en ouvrant l'abdomen, une vaste poche qui remplissait toute cette cavité, les circonvolutions intestinales étant réfoulées en arrière et en haut. Sur les parties latérales et un peu antérieures de cette poche, se trouvaient appliquées et étalées les vésicules séminales dont le conduit séminifère très allongé et très mince se rendait à la partie inférieure et latérale du kyste où se trouvaient les testicules. Enfin près du sommet de ce prétendu kyste et directement entre les deux vésicules séminales, le rectum très gros et distendu par une

grande quantité de méconium, venait s'appliquer et adhérait solidement, en s'oblitérant, à la paroi de cette poche volumineuse, qu'on reconnut être la vessie énormément distendue par un fluide blanc, inodore, qui ne verdissait pas le papier de tournesol, et dans lequel flottait des mucosités blanches filantes, comme celles des catarrhes vésicaux; la paroi interne de cette vessie était blanche et tapissée d'une couche de mucus adhérent. L'orifice interne de l'urèthre n'existait pas; en sondant le canal, je pus faire passer le mandrin d'une sonde de femme jusqu'à un demi-pouce seulement, et je reconnus par la dissection, que ce canal, se rétrécissant graduellement à partir du sommet de la verge, allait en s'oblitérant et finissait par ne plus consister qu'en un filament allongé, étroit, et perdu, pour ainsi dire, dans le tissu cellulaire du périnée. Je n'ai pas pu reconnaître la prostrate, à moins qu'on n'ait voulu prendre pour cet organe une sorte de tissu rougeâtre, appliqué sur la vessie derrière l'insertion du rectum. Les uretères s'ouvraient parfaitement bien dans la vessie; leur diamètre était large, et ils se rendaient en s'élargissant insensiblement jusqu'au rein, qui, de chaque côté, était à-peu-près gros comme un œuf de poule, et offrait la même structure lobuleuse que dans le cas cité plus haut (Obs. I). Cependant les lobules étaient moins gros, moins transparens, et se trouvaient en partie recouverts de substance corticale; mais les calices et le bassinet étaient beaucoup plus larges et plus distendus qu'ils n'ont coutume de l'être. Un fluide blanc et inodore remplissait les lobules vésiculeux qui communiquaient tous ensemble et s'ouvraient dans le bassinet. L'ouraque ne consistait qu'en un très petit conduit oblitéré.

Il n'y avait pas d'anus, et le rectum, examiné à l'intérieur, offrait un cul-de-sac complet bien adhérent à la vessie; les autres organes ne présentaient rien de remarquable.

Ainsi donc, chez cet enfant, l'oblitération de l'urèthre semblait avoir causé l'hydropisie de la vessie, et celle-ci l'hydropisie des reins, dont le développement normal avait été entravé ou même suspendu. La vessie, en se distendant, et en acquérant le volume considérable qu'elle a présenté, semble avoir subi une sorte

de mouvement de bascule d'arrière en avant et de bas en haut, de sorte que son bas-fond se trouvait être son sommet, et entraînant dans ce mouvement toutes les parties qui lui sont adhérentes inférieurement, elle les avait, pour ainsi dire, extraites du bassin; de là les vésicules séminales et le rectum situés et adhérens à sa partie supérieure; de là l'ouverture des uretères à ses parties latérales et antérieures. Ainsi, plusieurs infirmités sont résultées d'un premier vice de conformation, auquel ont en quelque sorte pris part non-seulement les parties d'un même appareil, mais encore les organes qui n'avaient avec ses parties que des rapports de contiguïté.

Cette observation et quelques autres déjà publiées prouvent que les excrétions du fœtus, au moins celles des voies urinaires, sont, dans l'état normal, probablement déposées dans les eaux de l'amnios, puisque, lorsqu'il survient un obstacle au cours de ce fluide, il reflue dans ses réservoirs et les distend outre mesure, ainsi que cela s'observe chez les adultes.

§ 844. Je n'ajouterai qu'une remarque à ce que j'ai dit des *kystes urinaires*. Chez une femme morte de phlébite utérine, trois semaines après l'accouchement, non-seulement de petits abcès existaient dans la rate et les poumons, mais encore il y avait à l'extrémité supérieure du rein gauche une poche purulente, qui ne communiquait ni avec le tissu graisseux extérieur du rein, ni avec le bassinet. Cette poche s'élevait au-dessous du diaphragme, et formait une tumeur du volume d'un très gros œuf de poule. Le rein, ouvert de sa partie convexe à la scissure, parut sain dans les trois quarts de son étendue. La poche contenait du pus liquide et des grumeaux blanchâtres. Par sa face externe, cette poche était en rapport immédiat avec la membrane propre du rein, dont elle pouvait être séparée par la dissection. Cette poche ne pouvait être qu'un kyste urinaire ou un kyste séreux enflammé et plein de pus. Cette dernière supposition m'a paru la moins probable. Les kystes séreux des reins peuvent bien s'enflammer, mais ils ne sont presque jamais solitaires; en outre, ils font plus souvent saillie à l'extérieur du rein qu'ils n'atrophient ses deux substances; enfin ils ne présentent point les petites dépressions que nous remarquâmes là

où le kyste se continuait évidemment avec le bassinet. Tout porte à croire que cette poche était réellement un kyste urinaire enflammé. Un autre foyer purulent était limité en haut et en dehors par la membrane propre du rein, détachée et décollée, communiquant avec le kyste urinaire. La production de cet abcès au-dessous de la membrane propre du rein, paraissait avoir été la suite de la rupture du kyste. Dans ce foyer, on voyait des filamens celluleux, irréguliers, comme il y en a ordinairement dans les abcès formés au-dessous de la membrane propre du rein. Le bassinet était parfaitement sain dans toute son étendue, et les orifices des calices, hors un, avaient leur forme et leur dimension normales. Les substances corticale et tubuleuse étaient saines, excepté dans un point de la substance corticale, où il existait un petit dépôt de lymphe plastique.

Le rein droit, du poids de trois onces trois gros, était légèrement anémique ; lorsqu'il fut fendu, on reconnut dans son épaisseur un petit kyste solitaire du volume d'une noix, et qui avait les caractères des kystes urinaires. Plusieurs orifices des calices du bassinet de ce même rein étaient évidemment plus petits que dans l'état normal, disposition anatomique qui est une prédisposition à de semblables kystes.

Kystes des reins.

§ 845. Les kystes des reins sont de petites vésicules ou poches accidentelles qui contiennent une matière morbide, ordinairement liquide, des acéphalocystes, ou de l'urine plus ou moins altérée.

La dégénérescence enkystée est très commune dans les reins.

Les kystes des reins doivent être divisés en kystes *simples*, en kystes *acéphalocystiques* et en kystes *urinaires* (Voyez *Hydronéphrose*).

Kystes simples.

§ 846. Les kystes simples, beaucoup plus communs que les

autres espèces de kystes, contiennent presque toujours un liquide diaphane, légèrement jaunâtre, ordinairement albumineux, tenant en solution une petite quantité de sels qu'on rencontre habituellement dans le sang et dans les autres liquides animaux. Au lieu de sérosité (kystes séreux), on trouve quelquefois dans des kystes qui ont la même structure que les précédens, une matière jaunâtre ou brunâtre, tremblotante, gélatiniforme, ou qui a les principales propriétés physiques du mucus. Parfois une matière beaucoup plus dense, solide, semblable au cristallin, quoique moins transparente, remplit complètement la cavité de ces poches accidentelles et leur donne la résistance de productions morbides solides. J'ai vu un semblable kyste rempli d'une matière blanche, argentine, qui fut reconnue, par l'analyse, pour de la cholestérine. Parfois encore on trouve, dans de semblables kystes, les élémens du sang déposés sous la forme d'une sérosité plus ou moins sanguinolente, ou bien une matière mélaniforme qui paraît être du sang altéré.

D'autres fois ces kystes contiennent un liquide lactescent, une sanie puriforme, ou du véritable pus, bien lié et jaunâtre. Enfin, on trouve quelquefois la cavité de ces kystes presque vide, leurs parois singulièrement déformées, et en même temps la substance rénale voisine indurée; disposition qui paraît être consécutive à la résorption d'une partie ou de la totalité de l'humeur du kyste.

Les kystes simples des reins se développent dans trois parties bien distinctes : 1° dans la substance corticale; 2° dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux rénaux; 3° enfin, dans la substance tubuleuse.

1° Les kystes simples de la *substance corticale* sont les plus communs de tous; mais ils acquièrent rarement un volume considérable. Ils se développent ordinairement à la surface des reins; cependant on les trouve par fois comme ensevelis dans la substance corticale, sans que leur présence soit indiquée à l'extérieur par aucune apparence anomale. Ordinairement leurs parois sont minces, parfaitement transparentes et incolores, et ne sont point sillonnées de vaisseaux ou de ces

bandes blanchâtres, en forme d'arcades, si remarquables sur les parois des kystes urinaires (ATLAS. Pl. XXV, fig. 1). Quelquefois cependant, soit par l'adhérence intime des kystes simples, séreux, à la capsule fibreuse des reins ou par d'autres causes peu connues, la surface externe de ces kystes peut devenir complètement opaque (ATLAS. Pl. XXVII, fig. 6), et être parcourue en différens sens par des ramifications vasculaires. On voit quelquefois aussi des vaisseaux sanguins sur les parois parfaitement transparentes de quelques kystes séreux (ATLAS. Pl. XXVII, fig. 6).

La surface intérieure des kystes, légèrement blanchâtre, parfaitement lisse, ressemble à celle d'une membrane séreuse. La substance corticale contiguë est à-peu-près également refoulée en tous sens lorsqu'ils sont d'un petit volume, et un peu plus en largeur qu'en profondeur lorsqu'ils ont des dimensions plus considérables. L'aspect lisse, poli, uniforme du fond de ces kystes et l'absence des brides sur leurs parois font un contraste frappant avec les nervures qu'on voit ordinairement dans l'intérieur des kystes séreux qui se développent dans le tissu cellulaire des vaisseaux urinaires.

Les kystes séreux de la substance corticale paraissent se développer avec rapidité, et en nombre considérable, à la suite de certaines affections rénales, surtout après la néphrite simple et après la néphrite albumineuse. En effet, lorsque ces maladies ont persisté pendant quelque temps, on rencontre souvent, à la surface et dans l'épaisseur de la substance corticale des deux reins, un très grand nombre de petites vésicules ou de petits kystes séreux. Dans les atrophies des reins consécutives à la distension du bassinet, ou produites par d'autres causes, la substance corticale prend souvent une teinte jaunâtre abricot, et présente quelquefois, à sa surface ou dans son épaisseur, de petites vésicules (ATLAS. Pl. XXVI, fig. 3). Plus rarement dans des circonstances analogues, il se développe de véritables kystes d'une plus grande dimension (ATLAS. Pl. XXVI, fig. 4).

Certaines altérations de la substance corticale des reins, le plus souvent consécutives à d'anciennes néphrites, détermi-

nent aussi (peut-être par suite de l'atrophie qui leur succède), la formation d'un grand nombre de petits kystes, la plupart remplis d'une matière gélatiniforme, jaunâtre. On voit souvent aussi de semblables vésicules à la surface des reins, sur des dépressions qui ont l'apparence d'anciennes cicatrices.

D'autres fois on voit des kystes dans des points altérés par une inflammation chronique et sans aucune apparence d'atrophie de la substance corticale (Atlas. Pl. xxvi, fig. 6).

Il y a enfin des cas où, sans affection rénale antécédente, appréciable, les deux reins sont atteints d'une véritable *dégénérescence enkystée, générale*, de la substance corticale; dégénérescence qui peut être portée à un si haut point, qu'il ne reste presque plus de trace des substances rénales : alors, les fonctions urinaires sont presque suspendues ou perverties, et des lésions fonctionnelles graves d'autres appareils, surtout de l'appareil cérébro-spinal, déterminent la mort. J'ai fait figurer un exemple très remarquable de cette dégénérescence (Atlas. Pl. xxvi, fig. 1 et 2). Les kystes, en général assez petits, étaient tellement serrés les uns contre les autres que la structure rénale était complètement désorganisée. En pareil cas, le volume des reins augmente considérablement, et on peut quelquefois sentir, dans les régions rénales, de véritables tumeurs bosselées.

2° Les kystes qui naissent dans le tissu *cellulaire* des vaisseaux rénaux sont beaucoup plus rares que les kystes de la substance corticale. Ils peuvent prendre un grand développement en atrophiant la substance rénale contiguë. Au reste, par leur apparence extérieure, ils ressemblent aux kystes de la substance corticale et contiennent toujours de la sérosité plus ou moins limpide. Leur surface intérieure, lisse et bleuâtre, ressemble aussi à celle des kystes corticaux; mais ces poches, au lieu d'être régulièrement ovoïdes, comme celles des kystes séreux corticaux, présentent souvent, dans leur contour, des prolongemens plus ou moins irréguliers, et elles offrent intérieurement des rétrécissemens et des dilatations. D'autres fois les kystes des arcades vasculaires prennent une forme irrégulièrement allongée et s'enfoncent perpendiculairement jusque dans la profondeur du rein. Presque toujours on voit,

sur les parois de ces kystes, ramper de grosses veines bleuâtres, qui forment des anses et des arcades anastomotiques. Lorsque ces kystes prennent un grand développement, ils peuvent soulever la paroi correspondante du bassinet (surtout lorsqu'il est un peu large), et faire une saillie aplatie et fluctuante dans sa cavité, sans intéresser en aucune façon l'intégrité de ses parois. Quelquefois aussi un de ces kystes se montre dans la scissure du rein, sous la forme d'une vessie allongée irrégulièrement conique (Atlas. Pl. xxvii, fig. 2), qui, lorsqu'on saisit le rein, comme pour exprimer le liquide contenu dans le bassinet, s'allonge considérablement, devient plus large et plus bombée.

Ces kystes sont ordinairement transparens et superficiels sur un de leurs côtés, tandis que l'autre est revêtu par la substance rénale correspondante. On voit quelquefois de semblables kystes, après avoir atrophié la substance rénale à la manière des kystes urinaires, isoler plus ou moins complètement l'une de l'autre, les deux extrémités du rein, et former, dans leur intervalle, une poche fluctuante en partie recouverte d'une couche de substance corticale, le plus souvent anémique (Atlas. Pl. xxvii, fig. 3).

Quoique ces kystes des gaînes celluleuses des vaisseaux rénaux soient ordinairement transparens dans leur partie saillante à l'extérieur, ils offrent, par fois, dans leur intérieur, de légères brides blanchâtres, et plus rarement des appendices qui forment des cloisons incomplètes et opaques que l'on peut apercevoir à l'extérieur.

Quelquefois ces kystes surmontent la substance rénale presque à angle droit (Atlas. Pl. xxvii, fig. 2).

Ces kystes sont quelquefois uniques, d'autres fois plus ou moins nombreux. Quelquefois ces kystes sont irrégulièrement disséminés à la surface du rein (Atlas. Pl. xxvii, fig. 2). D'autres fois ils présentent, dans leur disposition, une certaine régularité (Atlas. Pl. xxvii, fig. 1), qui dépend de ce que ces kystes se forment dans les arcades vasculaires, entre les cônes de la substance tubuleuse et la substance corticale. Il est rare de voir cette disposition des kystes exprimée d'une manière plus

frappante que dans un cas quej'ai fait figurer (ATLAS. Pl. XXVII, fig. 1). En incisant soigneusement les reins des personnes avancées en âge, souvent on trouve de grosses lacunes irrégulières, des espèces de sinus remplis de sérosité, dans le tissu cellulaire qui entoure les vaisseaux; ou bien, au lieu d'un simple sinus, on y découvre de petits kystes multiloculaires, terminés par une sorte de queue dont l'extrémité se perd, un peu plus loin, dans le tissu cellulaire.

3° Les kystes de la *substance tubuleuse*, toujours très petits, sont des espèces de vésicules qui ne dépassent presque jamais le volume d'un grain de chenevis, et qui contiennent ordinairement une matière séreuse ou gélatiniforme.

§ 847. On rencontre fréquemment des kystes simples dans les reins des vieillards ; on les observe plus rarement dans les reins des *adultes* et des enfans; cependant on les a vus même chez les nouveau-nés (ATLAS. Pl. XXVI, fig. 4).

Les kystes simples des reins n'occasionnent aucun accident lorsqu'ils sont peu nombreux, ou d'un très très petit volume et disséminés dans la substance corticale; mais ces kystes donnent lieu à des accidens graves et quelquefois même à la mort, lorsqu'ils ont entraîné l'*atrophie complète* ou *presque complète* des substances rénales, ou bien encore lorsqu'ils viennent accidentellement à s'enflammer.

Si les reins, en éprouvant la dégénérescence enkystée, avaient augmenté beaucoup de volume, il serait peut-être possible de reconnaître cette altération pendant la vie, chez un sujet maigre dont les régions rénales pourraient être facilement explorées. Les bosselures de la surface des reins, ainsi altérés, ne pourraient être confondues qu'avec celles des reins atteints d'hydronéphrose, mais cette dernière altération est toujours précédée d'accidens particuliers qu'entraîne la *rétention de l'urine dans le rein.*

Lorsque les kystes séreux des reins s'enflamment, l'humeur qu'ils contiennent se trouble, devient lactescente par suite de son mélange avec le pus. Cette inflammation des kystes séreux est bien rarement primitive, le plus souvent elle a lieu dans des cas de néphrite générale : cas dans lesquels l'inflammation

envahit, non-seulement les substances rénales, mais encore les kystes développés dans leur épaisseur; à la suite de la suppuration de ces kystes du bassinet et des calices, on a vu survenir tous les accidens d'une résorption purulente.

§ 848. Les préparations iodées ont été plusieurs fois employées avec succès contre la dégénérescence enkystée des ovaires, mais la dégénérescence enkystée des reins est un mal sans remède, lorsqu'elle est arrivée au point où elle peut être reconnue ou soupçonnée pendant la vie.

Historique et observations particulières.

§ 849. Les kystes simples ou séreux des reins sont connus depuis long-temps des médecins anatomistes (1). On sait que F. Plater (2) a attribué à leur rupture certaines hydropisies ascites, opinion qui a été reproduite par plusieurs médecins et même par Morgagni (3). On lit dans une foule d'auteurs des exemples de kystes ou d'hydatides développés dans les reins; mais plusieurs cas et même des plus remarquables ne sont pas rapportés avec assez de soin pour permettre de dire qu'il s'agit de kystes simples et non d'hydronéphrose, ou bien de la réunion de ces deux altérations. A ce sujet, je renvoie à quelques observations rapportées par Boehmer (4), Sandifort (5), Conradi (6), etc.

Mais on peut citer, comme des exemples remarquables de dégénération enkystée des reins, une observation insérée dans le journal de Hufeland (7), et d'autres cas observés par

(1) Voyez : Willis. *Pathologia cerebri*, cap. IX, pag. 58. — Bonet. *Sepulc. anatom.*, t. II, lib. III, sect, XXI, obs. 5. 43.— Seger. *Misc. nat. cur.*, dec. I, ann. II, obs. 53.— Bose. *Progr. de rene per hydatides penitus destructo*, Lips. 1780. — Van Doeveren. *Specimen observ. academic.* cap. VII, § 4, p. 95, etc.

(2) Plater. *Obs.*, lib. III, p. 640.— *Pract.*, lib. III, cap. 3.

(3) Morgagni. *De sed. et caus. morb.*, epist. XXVIII, art. 41.

(4) Boehmer. *Obs. anat. rar.*, fasc. II. Præfat. p. 6, obs. IV.

(5) Sandifort. *Obs. anat. path.*, lib. III, cap. I, p. 28.

(6) Conradi *Chirurg. Bemerkung*, in Arnemann's *Magazin für die Wundarzn.* B. I.

(7) Hufelands. *Journal der prakt. Heilk.* B. XIII, St. III, S. 71.

Fabrice de Hilden (1), M. Howship (2), et M. Bouillaud (3). Il faut aussi rapporter aux kystes *séreux* des reins et non aux hydatides, deux observations de Scheffer: dans l'une, il s'agit d'une femme dont les reins, gonflés d'une manière extraordinaire, paraissaient formés par l'aggrégation de capsules ou kystes qui contenaient une matière gélatineuse de diverses couleurs. Le chirurgien Rollet a observé la même altération sur les reins d'une femme qui avait été trouvée morte dans la rue et dont le corps ne présentait de traces d'aucune autre maladie.

Les cas de dégénérescence enkystée complète *des deux reins* sont rares; notés par les anatomico-pathologistes, ils ont à peine attiré l'attention des médecins. Darles (4) l'a observée sur le cadavre d'un homme mort à l'âge de 40 ans, après avoir mené une vie très sédentaire et éprouvé plusieurs attaques de néphrite. On trouva les reins d'un volume égal à celui de la tête d'un enfant qui vient de naître; ils avaient une forme à-peu-près globuleuse et un peu allongée. Le droit s'étendait dans l'épigastre derrière l'estomac et descendait jusqu'au-dessous du cœcum; le gauche montait jusqu'au diaphragme, derrière la rate, et descendait jusqu'à la région iliaque. Dans toute l'étendue de la surface de ces organes, on voyait des vésicules très nombreuses, d'un volume et d'une forme très variés. Les vésicules étaient aussi minces que des membranes; quelques-unes ne contenaient qu'un liquide limpide ou légèrement citrin; d'autres, plus épaisses, mais transparentes, renfermaient une liqueur plus ou moins brune; d'autres entièrement opaques étaient remplies d'une sorte de pus terne, blanchâtre, de mauvais aspect. Toutes à l'intérieur offraient le poli brillant et la couleur des membranes séreuses; elles formaient autant de kystes distincts et séparés les uns des autres par du tissu cellulaire. Il ne restait aucune trace de la substance corticale du

(1) Fabrice de Hilden. *Cent.* II, obs. 65, p. 136.

(2) Howship. *Ouv. cité*, p. 37.

(3) *Journal complémentaire des sciences médicales*, t. XXXI, p. 11.

(4) *Journal de Médecine* de Corvisart, Leroux et Boyer, t. XVII, p. 501.

rein; on retrouvait seulement une portion des calices qui réunis formaient les bassinets. Ceux-ci aussi bien que les uretères et la vessie étaient parfaitement sains et ne contenaient aucun calcul.

§ 850. Les exemples de dégénérescence enkystée des reins chez les nouveau-nés sont assez rares. Littre (1) rapporte que, chez un fœtus gros et gras, toutes les parties étaient saines et avaient leur conformation ordinaire, excepté les reins. Ce fœtus était mort dans le ventre de sa mère, pendant le travail de l'accouchement, qui fut long et laborieux. Les deux reins, plus grands qu'à l'ordinaire, ressemblaient à une grappe de raisin, c'est-à-dire qu'ils paraissaient composés de vésicules membraneuses de différente grosseur, de figure ronde ou ovale, serrées les unes contre les autres et pleines d'une liqueur semblable à de l'eau un peu épaisse et d'une odeur urineuse.

Les veines et les artères émulgentes au-dedans et au-dehors des reins étaient plus grosses que de coutume; les uretères, depuis la vessie jusqu'à un pouce près des reins, étaient creux à l'ordinaire et avaient une ligne et demie de diamètre. Les parois du bassinet dans les reins, à l'endroit du centre, étaient fortement collées ensemble dans la largeur de quatre lignes. Le reste des deux bassinets était creux et rempli de la même liqueur que les vésicules. Les vésicules qui composaient ces viscères étaient attachées les unes aux autres par plusieurs sortes de vaisseaux. Les plus petites étaient rougeâtres, et les plus grosses blanches. Les premières étaient opaques et les autres transparentes. Enfin, les petites vésicules avaient leurs parois plus épaisses que les grosses.

Othmar Heer (2) a rapporté aussi un exemple fort remarquable de dégénérescence enkystée des reins d'un nouveau-né, et on en lit un autre dans la *Revue médicale* (3), et une troisième a été rapporté par Carus (4).

(1) Littre. *Acad. roy. des Sciences* (Biblioth. choisie de médecine, par Planque, t. XXII, p. 8).

(2) Othmar Heer, *De renum morbis*, in-4. Halæ, 1790, p. 32, fig.

(3) *Revue médicale*, 1830, Paris, t. XXVI, p. 406.

(4) *Gemeins. deutsche Zeitshr. für Geburtskunde.* B. III. Heft. 1.

Obs. I. — Dégénérescence enkystée des deux reins, chez une femme atteinte d'un cancer utérin. — Symptômes cérébraux précurseurs de la mort (Obs. recueillie par M. Lecomte). (Atlas. Pl. XXVI, fig. 1).

Baussant, Marie-Anne, âgée de 39 ans, demeurant rue de l'Hôtel-de-Ville, n. 138, atteinte depuis deux ans d'un cancer utérin, entra le 8 septembre 1836 à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Geneviève, n° 7 (service de M. Clément).

Cette femme était dans l'état suivant : amaigrissement général voisin du marasme; teinte jaunâtre de toute la peau; insomnie; sentiment de malaise; soif modérée; ventre souple non douloureux; urines peu abondantes, rouges, laissant déposer une matière d'un blanc jaunâtre : le doigt indicateur introduit dans le vagin, on reconnaît une destruction complète de tout le col de l'utérus. Toute la partie postérieure et supérieure du vagin est également détruite dans presque toute son épaisseur; le toucher détermine une douleur très vive, et il s'écoule du vagin une sanie rougeâtre excessivement fétide.

M. Clément ayant jugé cette affection au-dessus des ressources de l'art, prescrivit quelques palliatifs. L'amaigrissement fit des progrès; trois semaines après environ, il se développa, à la région parotidienne droite, une tumeur qui, au bout de quelques jours, présenta une fluctuation manifeste. Cette tumeur, incisée, laissa écouler un pus de mauvaise nature, sanieux et très fétide. Dans le fond de l'incision, on apercevait une tumeur de la grosseur d'une pomme de reinette, qui en peu de jours fit des progrès rapides, s'ulcéra et détruisit en même temps les tégumens qui l'entouraient. La malade, arrivée au dernier degré de marasme, succomba le 15 octobre 1836. Cette femme n'a offert de symptômes cérébraux que quatre jours avant sa mort. Les trois premiers jours du délire s'est manifesté; le quatrième elle est tombée dans un coma profond, précurseur de la mort.

Autopsie du cadavre, trente-six heures après la mort. — *État extérieur.* Raideur cadavérique peu prononcée; teinte jaunâtre cancéreuse de la peau.

Poitrine. Les organes renfermés dans la cavité thoracique ne présentent aucune altération.

Abdomen. Quelques adhérences du rectum avec le corps de l'utérus; l'urèthre, la vessie et les uretères ne présentent rien de remarquable. La partie postérieure et supérieure du vagin était détruite par une vaste ulcération qui avait désorganisé la cloison recto-vaginale jusqu'à la partie externe de la membrane muqueuse du rectum. Le col de l'utérus était entièrement détruit; son corps présentait une induration squirrheuse sans augmentation de volume; ses annexes étaient sains, et tous les autres organes de la cavité abdominale étaient à l'état normal, excepté les ganglions lymphatiques de la région lombaire, qui étaient squirrheux.

M. Lecomte m'ayant remis les reins, je les examinai avec soin : ces organes offraient une dégénération enkystée des plus extraordinaires. Le rein gauche pesait environ 13 onces. Il avait 6 pouces de longueur, 2 pouces et 9 lignes de largeur, et 2 pouces d'épaisseur à la scissure. Vu de tous côtés, il paraissait entièrement formé par une agglomération de kystes; il ne restait plus réellement de traces de la substance corticale, qui, sur tous les points, était remplacée par des kystes de dimension et de couleurs variables. Les uns, c'était le plus petit nombre, n'avaient que le volume d'une tête d'épingle; plusieurs avaient la dimension d'un grain de raisin ou d'une balle à fusil. Ces kystes contenaient des matières de consistance très variable; les unes étaient aqueuses, les autres avaient la consistance du beurre, ce qui donnait à la surface des reins un aspect bosselé, irrégulier et marqué de différentes couleurs. Dans plusieurs kystes, la matière était jaunâtre; dans d'autres d'un jaune d'or ou d'un jaune graisseux, ou d'un jaune de bile humaine, ou enfin d'un jaune brunâtre comme la matière fécale liquide; enfin, plusieurs de ces kystes contenaient une matière noire qui ressemblait à du sang liquide, altéré. Traitée par l'acide nitrique, l'humeur de ces kystes se prenait en masse et formait un coagulum très épais, coloré en jaune. A la surface du rein, les limites de ces kystes étaient indiquées par des lignes polygonales, blan-

châtres, comme du tissu cellulaire condensé. Le rein, divisé par une incision pratiquée de son bord convexe à sa scissure, et examiné avec le plus grand soin, me parut formé par une agglomération de kystes, séparés par des lignes celluleuses ou tout-à-fait contiguës, sans communication de leurs cavités; de manière qu'autour de l'un d'eux on pouvait vider tous les kystes sans qu'il s'affaissât. En pratiquant un grand nombre de coupes dans une foule de directions de cette masse enkystée, partout je trouvai des kystes et nulle trace des substances corticale et tubuleuse. Le bassinet était petit. Après avoir fendu les calices suivant leur longueur, au lieu des mamelons que leur extrémité embrasse ordinairement, on trouvait un kyste qui faisait plus ou moins saillie dans leur intérieur; l'uretère était très petit. Les vaisseaux de ce rein ne purent être injectés; de sorte que je ne puis rien dire sur la disposition des arcades vasculaires et des branches qu'elles fournissent; mais ayant fait injecter l'autre rein dans lequel la dégénérescence enkystée était moins complète, j'ai constaté que l'injection n'avait pénétré que dans les parties non atrophiées de la substance corticale. Je n'ai point distingué de vaisseaux dans les lignes polygonales celluleuses qui circonscrivaient les limites des kystes. Vu extérieurement, ce rein paraissait aussi entièrement transformé en kystes; on ne découvrait pas de traces de la substance corticale; mais à la loupe, je reconnus qu'il restait encore quelques îlots de cette substance et un certain nombre de *tubuli* intacts. Le bassinet et l'uretère de ce rein étaient moins rétrécis que ceux du rein du côté opposé. La sécrétion urinaire avait lieu à l'aide de ces débris, qui n'auraient pas tardé à complètement disparaître : malheureusement on oublia de m'apporter le peu d'urine que contenait la vessie.

Obs. II. — Reins farcis d'un si grand nombre de kystes que leur substance corticale était presque entièrement détruite; symptômes cérébraux attribués pendant la vie à une méningite; mort (Cas communiqué par M. le docteur Béhier) (Atlas. Pl. xxvi. fig 2).

Une femme, d'un âge avancé, était depuis quelque temps à l'hôpital de la Pitié, pour une légère affection de l'estomac, lorsqu'elle fut prise, du soir au lendemain, de symptômes cérébraux, fort graves : Coma continu, yeux convulsés en haut, commencement de résolution générale. Le lendemain matin, symptômes aggravés; résolution complète et générale de tous les membres; cette femme n'entend plus ce qu'on lui dit; yeux toujours convulsés en haut; pupilles dilatées; râle trachéal. Mort à deux heures.

A l'ouverture du cadavre on trouva les deux reins dans un état presque complet d'atrophie avec développement d'une quantité énorme de kystes. Catarrhe de la vessie; urine chargée et donnant un dépôt assez épais.

Quatre onces de sérosité (1) environ étaient déposées dans les ventricules latéraux du cerveau qui étaient élargis; il y en avait aussi dans la pie-mère, dans laquelle on observait çà et là, à la convexité des hémisphères, une matière gélatiniforme transparente; les glandes de Pacchioni étaient nombreuses. Les méninges n'offraient aucune injection. Quelques petits points blanc jaunâtre existaient entre la pie-mère et l'arachnoïde près de la grande scissure du côté gauche. Il y avait un peu plus de sérosité que d'ordinaire dans le canal rachidien.

§ 851. Dans la plupart des observations de dégénérescence enkystée des reins, recueillies jusqu'à ce jour, il est seulement fait mention des accidens cérébraux qui ont précédé ou annoncé la mort; car bien rarement on a pu se procurer des renseignement exacts sur l'état antérieur des malades. Ces rensei-

(1) L'altération des reins n'ayant été reconnue qu'à l'ouverture du bas-ventre, qui fut faite après celle de la tête, cette sérosité ne put être recueillie; si elle l'eût été, nous aurions procédé à la recherche de l'urée dans ce liquide.

gnemens, on les trouve exposés avec beaucoup de soin dans une observation publiée par Corvisart et Leroux.

Obs. III. — Tumeurs des reins formées par des kystes ; accidens cérébraux ; mort (*Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, etc., tom. XII, p. 399, an XII, par MM. Corvisart et J.-J. Leroux).

Guillaume R..., âgé de 49 ans, homme de loi, d'un tempérament lymphatico-sanguin et un peu bilieux, d'un caractère ouvert, mais *susceptible*, d'une constitution assez robuste, naquit à Paris de parens sains, et vécut toujours d'une manière sédentaire et assez réglée. Dans son enfance, il n'éprouva d'autres maladies remarquables que la variole et la rougeole. Vers l'âge de 18 ans, il devint sujet à de fréquentes coliques venteuses, dans lesquelles la région épigastrique était douloureusement distendue : il se sentait alors oppressé et presque suffoqué, jusqu'à ce qu'une éructation tumultueuse vînt le soulager. Rarement il rendait des vents par en bas. Il attribuait ordinairement ces coliques à l'usage des légumes, quoiqu'en général ses facultés digestives fussent assez énergiques.

A-peu-près vers le même âge, il devint sujet à des palpitations assez violentes à la région du cœur : pendant qu'elles duraient, il y avait anxiété, gêne de la respiration. Il leur opposa long-temps sans succès des calmans, des spiritueux, etc. Dans la suite, sur l'avis d'un de ses amis qui en avait eu de semblables qui s'étaient dissipées peu-à-peu, il prit le parti de les supporter patiemment, espérant de les voir cesser avec l'âge.

Les retours de ces coliques et de ces palpitations n'offrirent point de correspondance marquée avec les affections morales auxquelles le malade était sujet ; naturellement vif et emporté, son effervescence se calmait promptement : cependant, à la suite de mouvemens de vivacité, il fut quelquefois pris d'accès passagers de fièvre. Il éprouva aussi, principalement dans l'âge mûr, quelques fièvres continues peu graves. Vers l'âge de 39 ans, il fut pris d'une sorte de fièvre ardente très intense ; il y avait environ dix jours qu'il en était attaqué, et il y avait même eu du délire, lorsque la journée du 10 août

1792 arriva. Frappé par le premier tumulte et s'en étant fait expliquer la cause, malgré son état il fait les plus grands efforts, se lève, se rend à son poste, y reste en permanence, livré aux agitations et à l'enthousiasme qu'inspiraient ces évènemens; et lorsque tout fut fini, il se trouva quitte de la fièvre.

Vers l'âge de 40 ans, et même quelques années auparavant, il commença à acquérir un embonpoint considérable; l'obésité du ventre était surtout remarquable. Vers la même époque, il devint sujet à des hémorrhoïdes internes fluentes, dont le retour avait lieu deux ou trois fois chaque année, tantôt à une saison, tantôt à l'autre: il était averti la veille, de leur retour, par une sorte de malaise fébrile; le flux était très abondant et remplissait, à chaque fois, presque la moitié d'un pot de chambre.

A-peu-près vers le même temps, les palpitations de cœur cessèrent de paraître; les coliques venteuses devinrent beaucoup plus rares, et bientôt elles cessèrent entièrement.

Pendant les années qui suivirent et qui correspondent à celles de la révolution, R... fut singulièrement agité par les évènemens: il partagea les impressions des circonstances les plus orageuses; il occupa des places assez importantes, puis se vit réduit à de minces emplois.

Au commencement de l'an III, il éprouva sans causes connues, deux attaques assez intenses, d'une très vive *douleur aux lombes*, avec vomissemens (il a dit depuis qu'il avait eu vers la fin de 1791, une attaque à-peu-près semblable). Au mois de prairial de la même année, peu de jours après l'affaire de Grenelle, qui l'avait beaucoup affecté, il éprouva une troisième attaque beaucoup plus vive que les précédentes, et qu'il nous décrivit depuis de la manière suivante:

Une nuit, il se réveilla avec quelques douleurs obscures, assez étendues, mais cependant bornées aux deux régions lombaires. Au bout d'environ deux heures, les douleurs cessèrent, et furent aussitôt remplacées par une douleur unique, mais d'une violence tout-à-fait insupportable, qui se fixa sur la région du rein droit, et dans un espace très circonscrit (On n'a point demandé s'il y avait un engourdissement de l'extré-

mité affectée, ou rétraction du testicule). Tout le reste de l'abdomen était sans douleur. Bientôt se déclarèrent des vomissemens d'une matière verte très amère, accompagnés de beaucoup d'efforts, d'angoisses, de convulsions dans tous les membres. Ces vomissemens se répétèrent fréquemment pendant douze à quinze heures. Dans les intervalles, la douleur continuait avec une extrême intensité, avec chaleur, soif vive, mais sans mal de tête, ni jaunisse; elle augmentait par la pression. Il n'y avait point de déjections, ni de tranchées intestinales : les urines coulaient à-peu-près comme dans l'état naturel. Au bout d'environ seize heures (depuis l'invasion de la douleur du rein droit), l'accès cessa presque tout-à-coup.

Après cette attaque, il y eut une selle qui ne présentait rien de particulier ; le malade se remit assez promptement.

Depuis cette époque, jusqu'au commencement de l'an x, il eut deux ou trois attaques semblables, mais moins intenses, dans l'intervalle desquelles il jouit d'une assez bonne santé, seulement dans l'an VIII, il éprouva sous le sein droit une douleur très vive qui augmentait par la pression, gênait la respiration, mais n'était point accompagnée de toux ni d'expectoration. Cette douleur dura trente jours, au bout desquels on appliqua sur la partie souffrante un emplâtre de ciguë, et cinq jours après la douleur avait disparu.

Au mois de vendémiaire an x, il eut une attaque des plus vives et en tout semblable à celle décrite ci-dessus. Les souffrances étaient telles qu'il fut sur le point de se détruire avec un mauvais couteau qu'il portait.

Après cette attaque, l'appétit se trouva beaucoup diminué, les digestions devinrent pénibles, et accompagnées de sentiment de pesanteur, et de rots non acides. Cependant le régime du malade était simple et frugal : il buvait beaucoup d'eau vineuse, dînait avec de la soupe, du bouilli ou quelques légumes; ne soupait point. Il ne prenait plus, depuis deux ans, de café, quoiqu'il y eût été habitué auparavant. Il eut, quelque temps après, ses hémorrhoïdes.

Le 9 germinal, nouvel accès, après lequel l'appétit diminua de plus en plus, les digestions devinrent de plus en plus

difficiles et furent habituellement accompagnées de rots et de nausées. Il commença à éprouver pendant les nuits de la chaleur et du malaise. Son embonpoint, et qui était beaucoup moindre depuis quatre ans, diminua encore davantage. En floréal, il eut de nouveau ses hémorrhoïdes. Le 29 floréal, il ne prit dans la journée que de la soupe et un œuf frais. Dans la nuit suivante, il s'éveilla avec les premières douleurs lombaires. La douleur du rein droit et les vomissemens succédèrent. L'accès dura près de 24 heures. Les urines étaient un peu rouges et troubles. Un lavement amena une selle, avec quelque soulagement. Dans tous ces accès, il faisait usage de lavemens et de beaucoup de thé, il prenait aussi quelquefois des gouttes d'Hoffmann. Ces moyens semblaient produire quelque soulagement. Après l'accès, il éprouva un désir de boissons acides, qu'il aimait d'ailleurs naturellement, ainsi que les alimens de même goût. Les deux jours suivans, il fut assez tranquille, et n'eut qu'une selle chaque jour. Le 4 prairial, il fut pris d'un dévoiement qui, le 5, fut accompagné de quelques coliques. Le 6, il rendit, avec des épreintes très douloureuses, des frissons et des nausées vaines, quelques selles sanglantes et liquides. En les examinant, il reconnut qu'elles étaient composées de glaires blanchâtres disposées en fragmens, qu'il comparait à des follicules de séné, et mêlées d'un sang qui teignait fortement tout en rouge, lorsqu'il agitait le vase. Le 7 au soir, les selles sanguinolentes cessèrent, et avec elles tout dévoiement. Le malade resta très affaibli. Ses digestions devinrent de plus en plus pénibles. Il éprouvait à la région épigastrique un sentiment de gêne, comme si quelque chose eût empêché ce qu'il avait mangé de passer. Les selles étaient devenues naturelles. Il évitait les alimens solides et rendait beaucoup de vents par en haut. Enfin, dépourvu de secours dans son domicile, il se présenta à l'hôpital de la Charité, où, admis dans l'une des salles de Clinique et soumis à l'observation le 4 prairial, i présenta les symptômes suivans :

La face, autrefois fleurie, était devenue un peu bouffie. Les traits étaient flasques, les conjonctives un peu vires centes, l'œil assez vif : il y avait une certaine pesanteur de têt e sans

céphalalgie prononcée. La bouche n'était pas mauvaise, quoique la langue fût un peu sale; il y avait inappétence, mais la soif était assez vive et le malade se sentait quelque goût pour le vin, qui, disait-il, le soutenait.

La poitrine, vaste et de belles dimensions, n'offrait rien de bien remarquable, seulement il y avait un peu de gêne de la respiration, mais sans toux, ni expectoration. Le ventre était volumineux, gonflé, peu tendu, indolent même à l'épigastre. L'hypochondre droit n'offrait rien de remarquable. On sentait dans l'hypochondre gauche un corps assez volumineux que l'on crut être la rate. Lorsqu'on pressait la région du rein droit, le malade qui avait une douleur obscure et profonde: « c'est là, disait-il, que je souffre dans les accès ». Les digestions étaient dans l'état que nous avons déjà décrit: il y avait, depuis la veille, un peu de dévoiement. Les urines étaient abondantes, limpides et presque aqueuses.

Les membres n'étaient point infiltrés, mais il y avait un peu d'amaigrissement. La peau était assez fraîche et sans coloration jaune; le pouls était développé, souple, sans fréquence.

Les forces étaient encore assez bonnes, quoique diminuées: le moral ne semblait pas non plus fort affecté. Le malade, en racontant la longue série de ses maux et de ses chagrins, semblait les oublier et se trouvait même assez gai. Il assurait n'avoir jamais éprouvé aucun ictère, aucune maladie, aucune douleur dans la région du foie; il n'avait non plus jamais rendu de graviers par les urines.

Les 13, 14, 15, 16 prairial, cet état persista sans aucun changement. Il n'y avait nul mouvement fébrile. Les nuits étaient assez bonnes, le malade se levait, mais se plaignait de faiblesse. Il rendait beaucoup de vents par en haut. Les selles étaient redevenues naturelles. Dès le 13, les urines étaient très abondantes (il remplissait environ trois fois le pot de chambre en 24 heures) parfaitement limpides, incolores et presque semblables à de l'eau. Le citoyen Corvisart se proposait de mettre le malade à l'usage des apéritifs, des fondans, des savonneux, et avait ordonné, en attendant, les apozèmes chicoracés, et, pour soutenir ses forces, deux verres de vin, et deux soupes au riz.

Le 17, il y eut de l'orage dans la soirée, le malade en fut très gêné, eut une grande oppression, et nous dit que, depuis long-temps, il ressentait beaucoup les vicissitudes de l'atmosphère, et que les temps d'orage faisaient toujours sur lui cette impression.

Le 18, à l'heure de la visite (six heures et demie), il était dans l'état ordinaire : il avait également rendu une grande quantité d'urines limpides. Dans la matinée il fut pris, sans cause connue (si ce n'est peut-être un peu plus de découragement et de chagrin qu'à l'ordinaire), d'un tremblement général, d'oppression, d'anxiété extrême; il délira de temps en temps dans la journée; la nuit il parut dormir.

Le 19, à l'heure de la visite, il avait la respiration haute, très gênée, avec soupirs profonds de temps en temps; sa physionomie exprimait l'angoisse. Il avait l'esprit assez présent et répondait juste aux questions. Le pouls était petit, serré, fréquent, assez régulier; le ventre était par momens élevé, tendu, surtout à la région épigastrique; il y avait des hoquets fréquens.

Le citoyen Corvisart prescrivit la potion cordiale majeure, un lavement purgatif et une infusion de camomille. Quelque temps après la visite, le malade fut pris d'un tremblement intense et général, avec sentiment de froid et de soif. Le reste de la journée se passa comme la veille. La respiration devenait de plus en plus stertoreuse. Il y eut quelques selles noirâtres à la suite du lavement; les urines étaient toujours abondantes et aqueuses. Dans la soirée, on observa une diminution très sensible dans la faculté de mouvoir les membres du côté gauche : il ne pouvait serrer la main de ce côté, ce qu'il faisait fort bien avec la main droite. Il y avait somnolence; même état dans la nuit; point d'évacuations.

Le 20, au matin, la respiration était tout-à-fait stertoreuse, assez profonde et rare, parfois suspirieuse. Excité de sa somnolence, il avait l'air égaré, les pupilles peu mobiles, la vue incertaine, les yeux un peu injectés, larmoyans, l'ouïe encore libre; il conservait encore un peu les fonctions de l'entendement, reconnaissait le médecin, donnait des réponses assez justes,

mais d'une voix entrecoupée et embrouillée, les paroles se succédant avec une rapidité singulière, et roulant, pour ainsi dire, les unes sur les autres. Lorsqu'on lui disait de tirer la langue, il ouvrait la bouche avec peine, en tremblant, et d'une manière presque convulsive; la langue était tremblotante, un peu brunâtre, et il ne pouvait la faire sortir. La chaleur du corps était moins grande que dans l'état naturel; le visage et les bras étaient froids; le pouls était petit, mou, fréquent, un peu enfoncé, assez régulier; la diminution des mouvemens, dans l'extrémité gauche, était un peu moins marquée. Lorsqu'on étendait les doigts de la main de ce côté et qu'on soutenait en même temps le membre dans une position horizontale, les doigts restaient étendus et étaient long-temps avant d'entrer en flexion; ils semblaient même ne se fléchir que par leur poids; la même chose avait aussi lieu, mais d'une manière bien moins marquée, pour la main droite. L'abdomen était élevé, un peu ballonné à l'épigastre, peu sensible. Le malade était couché, en supination, un peu penché sur le côté droit. La somnolence continuait. On regarda cet état comme une espèce d'apoplexie incomplète; on donna le petit-lait avec deux grains d'émétique, la potion cordiale majeure, et on fit appliquer deux larges vésicatoires aux cuisses. Même état dans la journée; selles involontaires. Il sentit vivement les vésicatoires. Pendant la nuit, forte somnolence, ou plutôt état comateux; point de selles.

Le 21, après le pansement, qu'il sentit très vivement, le malade parut plus excité, ses yeux étaient ouverts et mobiles; il put tirer un peu la langue, qui était fuligineuse et sèche; la respiration, l'abdomen, le pouls, la chaleur de la peau étaient à-peu-près comme la veille. La légère paralysie des membres gauches était encore moins marquée, mais la face était de plus en plus décomposée; une sorte d'ecchymose, qui était d'abord à l'œil gauche, avait passé à l'œil droit. Après la visite, le malade éprouva un tremblement général. Dans la journée, excepté des variations fugaces dans les divers symptômes, il n'y eut rien de bien remarquable. Il rendait toujours sous lui ses selles, qui étaient peu abondantes: les urines toujours lim-

pides et blanches. Il voulait quelquefois se lever, et alors tout son corps tremblait et était dans une agitation extrême. Au soir, la parole était devenue assez intelligible, quoique toujours précipitée et embrouillée. Les facultés de l'entendement paraissaient assez saines; il raisonnait juste; seulement il prenait pour un cheval un fauteuil qu'il avait sous les yeux. Cette erreur était la seule qu'on aperçût dans ses paroles. Le pouls était faible, enfoncé, obscur, peu développé, assez peu fréquent. Pendant la nuit un peu de sommeil, sorte de mal de tête, délire fugace vers cinq heures du matin; urines faciles, peu abondantes, limpides.

Le 22, la respiration était moins stertoreuse, plus fréquente; la parole plus facile, quoique toujours un peu embrouillée. Le corps était un peu plus échauffé, le visage et les bras moins froids; les facultés intellectuelles étaient assez saines. Le malade nous dit même que, pendant les jours précédens, il s'était senti une forte propension au sommeil, avec une sorte de chaleur dans la tête. Il tirait assez bien la langue, qui était sèche, brune, gercée en travers. Les mouvemens du bras gauche étaient à-peu-près aussi faciles que ceux du droit. Mais les yeux étaient toujours égarés, presque hagards, larmoyans; la face se décomposait de plus en plus, les narines devenaient aplaties. Abandonné à lui-même dans la journée, il était alternativement dans l'agitation ou la somnolence, et marmotait souvent des choses inintelligibles. Le pouls était petit, faible, fréquent, moins obscur que la veille.

Vers deux heures de l'après-midi, la face et les mains étaient redevenues très froides: le reste du corps était à peine tiède. Le malade avait une sorte de loquacité; ses paroles étaient très précipitées et tellement embrouillées, qu'on n'y pouvait rien distinguer, si ce n'est qu'il demandait à manger. Le pouls était petit, faible, inégal, irrégulier, non obscur. Il tirait encore assez bien la langue, qui était toujours brunâtre. Dans la soirée, la respiration redevint de plus en plus stertoreuse. Il parlait haut, criait même, demandait à manger, puis marmotait des choses inintelligibles : le râle se manifesta. Vers neuf heures du soir, l'agitation était la plus grande; vers dix

heures, le râle cessa tout-à-coup; le malade parut *souffler* un moment et il mourut.

Ouverture cadavérique faite douze heures après la mort. — *Etat extérieur.* La figure était plombée, livide, les traits décomposés, flasques; l'œil droit était plus injecté que le gauche; la poitrine résonnait bien dans tous ses points; l'abdomen conservait, ainsi que le reste du cadavre, beaucoup d'embonpoint.

Cavité du crâne. Le crâne étant ouvert, le cerveau parut être affaissé et ne pas remplir entièrement sa cavité; les membranes étaient fort humides, mais non injectées.

Il y avait surtout beaucoup d'infiltration à la partie postérieure du cerveau, et une couche gélatiniforme sous l'arachnoïde. Les méninges s'enlevaient facilement. La couleur du cerveau était naturelle; mais il était d'une mollesse, d'une flexibilité singulière, surtout dans ses lobes droits, qui ne se déchiraient pas facilement et que l'on pouvait tordre presque comme du linge mouillé. Les ventricules latéraux ne contenaient que peu de sérosité; mais dans chacun d'eux se trouvait un vésicule de la grosseur d'une petite noix contenant un fluide très limpide : ces vésicules étaient comme implantées aux plexus choroïdes. Le cervelet n'avait rien de remarquable que son humidité et son peu de consistance; il y avait un peu de sérosité à la base du crâne.

Cavité thoracique. Les viscères de la poitrine étaient dans l'état le plus sain.

Cavité abdominale. Les parois de l'abdomen, fort surchargées de graisse, étant ouvertes, on n'aperçevait que les circonvolutions des divers intestins, tous amples, vides, sains et d'une couleur un peu grise; l'estomac, le foie, la rate ne paraissaient point : ils étaient refoulés sous les hypochondres et vers le diaphragme. En écartant les intestins grêles et le colon, on aperçut, à travers les graisses, les reins d'un volume extrêmement considérable et d'une forme singulière : ce volume était cause du refoulement des viscères épigastriques. Poursuivant l'examen de l'épigastre, on trouva le foie retiré supérieurement, d'un petit volume, comme épuisé (*consump-*

tum des auteurs), flasque, d'une couleur assez foncée, surtout à la face inférieure, sain dans sa substance; la vésicule contenait un peu de bile plus pâle qu'à l'ordinaire.

La rate, située fort haut et en arrière, était petite et n'offrait aucune remarque intéressante. L'estomac avait son extrémité pylorique refoulée en haut et comprimée par le rein droit, qui remontait derrière elle (cette disposition explique en partie la grande gêne des digestions, surtout dans les derniers temps): ce viscère était d'ailleurs dans l'état naturel, quant au volume et à la texture de ses parois; l'épiploon et le mésentère n'avaient rien de remarquable qu'un peu d'obésité.

Les reins, ayant été dégagés des enveloppes graisseuses, abondantes, molles et jaunes qui les recouvraient au-dessous du péritoine, offraient un volume à-peu-près égal à celui de la tête d'un enfant qui vient de naître. Ils avaient une forme à-peu-près globuleuse et un peu allongée; le droit s'étendait dans l'épigastre derrière l'estomac, et descendait jusqu'au-dessous de la partie supérieure du *cœcum;* le gauche montait jusqu'au diaphragme et derrière la rate, et descendait presque dans la région iliaque.

Les surfaces de ces organes, entièrement semblables l'une et l'autre, n'avaient plus rien de l'aspect naturel. Elles offraient, dans toute leur étendue, un amas de vésicules très nombreuses, se touchant toutes, confondues ensemble par endroits, et, dans d'autres, se détachant en segmens de sphère, en hémisphères même, d'une forme régulièrement globuleuse, d'un volume très varié, depuis celui d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'un grain de raisin, avec lequel quelques-unes avaient beaucoup de ressemblance pour la teinte et la transparence, qui variaient beaucoup. Les unes avaient la couleur grise argentée des aponévroses, étaient transparentes, fort minces, ne versaient qu'un fluide limpide ou légèrement citrin; d'autres, plus épaisses, moins transparentes, contenaient une humeur plus ou moins brune; d'autres, entièrement opaques, blanches, renfermaient une sorte de pus ténu, blanchâtre, de mauvaise nature. Toutes, étant ouvertes et évacuées, offraient le poli

brillant et la couleur des membranes séreuses, avec une légère injection rosée.

La capacité de ces vésicules superficielles s'étendait plus ou moins dans le rein ou plutôt vers d'autres kystes, qui avaient tellement pris la place de sa substance, qu'il n'en existait plus aucune trace. Tout était changé en vésicules semblables à celles que nous avons décrites, et liées entre elles par un tissu cellulaire infiltré de sérosité. Les cavités de chacune de ces vésicules étaient parfaitement isolées les unes des autres, et formaient, comme les *membranes séreuses*, des *sacs sans ouverture*. Toutes ces vésicules superficielles étaient recouvertes par la membrane propre du rein, qui n'avait éprouvé aucune solution de continuité.

On ne reconnaissait plus la terminaison de la substance tubuleuse en mamelons, mais on retrouvait les restes des calices : là s'arrêtait la désorganisation. Le bassinet offrait entièrement l'état naturel : sa capacité, sa forme, sa structure étaient ordinaires. L'uretère qui en partait était également sain, et la vessie n'offrait non plus aucune altération remarquable. Les vaisseaux émulgens étaient absolument dans l'état ordinaire hors du rein; on ne suivit pas leur disposition dans l'intérieur.

On ne trouva dans l'intérieur du rein droit (le sac ouvert, l'autre ayant été réservé pour être modelé), ni dans les canaux excréteurs, aucun calcul; mais il y avait quelques très petits noyaux blanchâtres d'une consistance cartilagineuse : le reste du cadavre ne présentait rien de particulier.

§ 852. L'observation suivante est non-seulement un exemple remarquable de dégénérescence enkystée des reins, mais encore une nouvelle preuve d'un fait déjà établi, celui des infections purulentes à la suite des suppurations des reins ou des kystes développés dans ces organes.

Obs. IV. — Douleurs rhumatismales légères; invasion brusque de dyspnée rétention d'urine; urines purulentes rendues par le cathétérisme, qui est suivi de convulsions; agonie commençant immédiatement après l'opération; mort vingt-quatre heures après. — Atrophie complète du tissu des reins, envahis par des kystes, dont quelques-uns sont purulens; pneumonie lobulaire.

Finot, âgé de 48 ans, tailleur, entra à l'hôpital de la Charité, le 18 mai 1837, sans fièvre, se plaignant de douleurs musculaires vagues, et dont l'intensité paraissait si peu grande, qu'il fut admis pour prendre quelques bains de vapeur et se reposer. A la visite du lendemain, interrogé sur le siège de ses douleurs, il indiqua les bras et les jambes; l'urine avait les caractères physiques de l'urine saine (*bains de vapeur; demi-portion des alimens.*)

Du 18 au 25 mai, rien de particulier; le 25, frisson; le 27, la respiration est gênée; toux sans expectoration, sans point de côté, fièvre, râle crépitant à la partie inférieure latérale du poumon droit. Cependant la gêne de la respiration paraît plus grande que l'étendue présumée de l'inflammation du poumon (*saignée*).

Le 28 mai, la fièvre persiste, la dyspnée est plus grande et elle est accompagnée d'un état de stupeur et de prostration dont la physionomie me rappelle les cas de résorption purulente. A la partie latérale inférieure et un peu antérieure du poumon droit, on entend du râle crépitant. La vessie est distendue par de l'urine. Une sonde pénètre avec quelque difficulté dans la vessie, et donne issue d'abord à une urine lactescente, plus tard à du pus homogène, bien lié, tel que celui qui s'écoule lors de l'ouverture des abcès phlegmoneux; au même moment le malade semble éprouver une douleur assez vive, qu'il témoigne par quelques mouvemens des membres inférieurs, et bientôt les mouvemens sont remplacés par un état convulsif général. La respiration devient plus gênée, et le malade paraît n'avoir que quelques minutes à vivre. L'agonie commence en effet; mais la mort n'eut lieu que le lendemain 30, à huit heures du matin; la veille, la partie antérieure du tronc s'était couverte de sudamina.

Autopsie du cadavre, le 31 mai, vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure. Médiocre embonpoint.

Abdomen. Les reins paraissent considérablement augmentés de volume et semblent formés par une masse de kystes réunis, adhérens les uns aux autres. Adhérences du rein droit au diaphragme; le rein gauche est libre. Le volume des reins est triple du volume naturel, la forme en est assez bien conservée, l'extrémité supérieure est plus volumineuse que l'inférieure, la dépression et la scissure des vaisseaux ont l'aspect ordinaire. Le diamètre longitudinal est d'environ 7 pouces, le transversal de 3 pouces 9 lignes, la circonférence de 9 pouces et 3 lignes à la partie supérieure, qui est la plus large. Par l'examen le plus attentif de la surface des reins, on n'y reconnaît qu'une multitude de kystes de diverses grandeurs, séparés les uns des autres par des sillons que remplit un peu de graisse facile à enlever. De ces kystes les plus petits ont le volume d'un pois, les plus gros ont celui d'une noix. Vus à travers la membrane extérieure, ils ont un aspect blanchâtre. Cette membrane enlevée, ce qui se fait sans peine, on distingue des kystes de trois couleurs : les uns d'une teinte citrine, les autres un peu brunâtres, et les uns et les autres parfaitement transparens; d'autres, et ce sont les kystes les plus volumineux, ont une enveloppe un peu plus épaisse, d'une couleur jaunâtre et opaque; l'intérieur en est d'un blanc laiteux, rempli de pus, et tapissé par une couche de pus demi-concret, au-dessous de laquelle il y a quelques arborisations vasculaires. On trouve dans l'uretère une certaine quantité de pus qui provient du bassinet dilaté et enflammé; la membrane muqueuse de ce réservoir est pâle dans la plus grande partie de son étendue, et, en pressant le rein, on voit le pus sourdre des calices, dont les orifices dans le bassinet ont aussi subi une légère dilatation.

Le rein, divisé suivant son épaisseur, offre le même aspect qu'à l'extérieur; l'œil cherche en vain des traces des deux substances des reins; on ne rencontre partout que des kystes séparés par quelques brides cellulo-fibreuses. Les veines rénales

contenaient du sang liquide; les artères rénales étaient vides.

Les capsules surrénales, très adhérentes aux reins, avaient leur situation et leur forme naturelle. Les uretères étaient sains.

La vessie contenait un verre d'urine très chargée de pus. La surface interne de cet organe était pâle. Les veines qui entourent la vessie, et qui vont se rendre aux veines hypogastriques, étaient saines. La prostate et l'uretère n'offraient également aucune altération.

La rate, petite et dense, avait une belle couleur vineuse à l'intérieur. Il y avait, à la convexité du foie, plusieurs taches blanchâtres, anémiques, qui se prolongeaient à une certaine profondeur dans l'intérieur de l'organe. Au-dessus de la membrane péritonéale du foie, il y a plusieurs points blancs, jaunâtres, qui paraissent être le résultat d'anciens dépôts de lymphe plastique. La vésicule biliaire est petite, remplie par de la bile visqueuse, assez consistante, et verdâtre.

Aucune lésion de l'intestin; la veine cave inférieure, les veines iliaques et hypogastriques sont saines.

Poitrine. Les plèvres sont saines; mais dans le poumon droit et dans le poumon gauche, il y a plusieurs petits noyaux pneumoniques circonscrits, les uns au premier degré et d'un rouge brun, les autres contenant déjà du pus infiltré et grisâtres. Dans le lobe inférieur du poumon droit, une masse pneumonique plus étendue, et aussi à l'état d'hépatisation grise.

Le cœur est sain.

Tête. Méninges et cerveau sains.

§ 853. J'ai déjà remarqué que certaines affections des reins prédisposaient à l'avortement. Les observations précédentes ont démontré que des symptômes cérébraux, et en particulier des mouvemens convulsifs, étaient souvent la conséquence de l'atrophie des reins, déterminée par la dégénérescence enkystée de ces organes. L'observation suivante peut être citée à l'appui de ces remarques, en même temps qu'elle offre un exemple rare de coïncidence de la dégénérescence enkystée des reins et de leur affection tuberculeuse; car en lisant attentive-

ment cette observation, il m'a paru probable que les reins étaient altérés par des kystes et non par de véritables hydatides.

Obs. V. — Dyspnée, palpitations chez une femme grosse; soulagement; hémorrhagie utérine; avortement; plusieurs mois après, développement du ventre; soupçons de grossesse; sans cause connue, mouvemens convulsifs, suivis de palpitations et d'oppression; soulagement; nouvelles attaques convulsives dans lesquelles la malade meurt; rein droit énorme et rempli de kystes et de tubercules; altération analogue dans le rein gauche (*Mittheilungen aus dem Gebiete der gesammten Heilkunde*, herausgegeben von einer medicinisch-chirurgischer Gesellschaft, in Hamburg. Erster Band. S. 362, und 375).

Madame H..., âgée de 29 ans, presque toujours souffrante et sujette à des douleurs articulaires, adonnée à la boisson, eut pendant sa première grossesse, en février 1826, des symptômes d'hydrothorax. La dyspnée était considérable; la malade avait des palpitations violentes; le pouls s'accéléra, et le visage et les extrémités devinrent légèrement œdémateux. L'urine, rare, était jaune et tant soit peu trouble; sous l'influence des diurétiques rafraîchissans, l'urine devint plus abondante, l'œdème disparut, et en même temps le trouble de la respiration et de la circulation cessa. Les fonctions digestives étaient régulières, et il n'y avait nulle douleur dans le ventre. Vers la fin de février, la malade se rétablit; et bientôt après (elle était grosse) elle sentit les premiers mouvemens de l'enfant. Le 12 mars il se déclara tout-à-coup une hémorrhagie utérine, et l'avortement eut lieu dans la même soirée. Depuis ce temps, le ventre demeura un peu gonflé. Les menstrues sont revenues deux fois, d'une manière régulière, et se sont ensuite supprimées. Alors l'abdomen s'est développé de plus en plus, et il s'est déclaré quelques troubles gastriques, ce qui fit penser à cette femme qu'elle était enceinte. Le ventre prit un développement de plus en plus grand jusqu'au mois de novembre; des mouvemens de fœtus qu'elle croyait sentir s'accordaient avec la pensée d'une grossesse. Peu-à-peu des accidens analogues à ceux qu'elle avait éprouvés antérieurement du côté de la poitrine, se déclarèrent. Le visage devint rouge, la tête chaude, et

le pouls fréquent et dur (*Saignée du bras de huit onces*). Le sang contenait beaucoup de sérum, et le caillot se recouvrit d'une forte couenne. Un traitement semblable à celui qui avait réussi la première fois fut encore employé avec succès; mais la malade fut prise, le 27 novembre au soir, sans cause connue, de mouvemens convulsifs des extrémités, avec serrement des pouces et perte de connaissance; ces symptômes disparurent après quelques minutes, mais il resta une très grande oppression et de fortes palpitations. Cependant, sous l'influence d'un traitement doux, ces derniers symptômes disparurent, et la malade était passablement bien le 3 décembre. Mais le 4, au matin, de nouveaux accidens convulsifs, analogues aux premiers, se manifestèrent subitement; un nouvel accès eut lieu à midi, et la malade mourut l'après-midi, dans une troisième attaque, ayant un râle très prononcé.

D'après le désir des parens, l'autopsie fut faite, à cause de la grossesse présumée, deux heures et demie après la mort. Mais l'utérus, au contraire, était petit et à sa place ordinaire, dans la cavité du bassin. A la section des parois du ventre, au lieu de l'utérus (que l'on s'attendait à trouver), on vit une grosse tumeur, dure, remplie d'hydatides, et poussant de côté le paquet intestinal. Un examen attentif des rapports de cette tumeur démontra qu'elle était constituée par le rein droit. Le rein gauche, distendu et aminci comme l'autre, avait une apparence analogue, quoique moins poussé en avant. Les organes digestifs étaient sains, excepté le foie, dont le volume était augmenté. Dans les ovaires, surtout dans l'ovaire gauche, il y avait plusieurs petites hydatides. Les cavités des plèvres étaient remplies d'une sérosité jaune; les poumons adhéraient par places à la plèvre costale et au diaphragme; le tissu en était sain. Il n'y avait point d'eau dans le péricarde. Le cœur, normal, avait des fibres musculaires très fermes. On n'eut pas la permission d'ouvrir la tête.

Le docteur Hüpeden a donné aussi sur l'état de ces reins quelques détails que je crois devoir reproduire.

Les deux reins sont augmentés de volume : le droit est gros comme les deux poings réunis d'un homme, et le gauche est

un peu moins volumineux; la membrane externe en est épaisse et blanche; la surface en est inégale. Cette apparence est produite par des éminences de diverses grandeurs, mais la plupart de la dimension d'une noisette. Quelques-unes sont compactes, et d'autres sont élastiques. La scissure du rein droit, qui s'est agrandie en même proportion que les reins, reçoit comme à l'ordinaire les vaisseaux sanguins; l'uretère en procède également et a ses dimensions normales. L'uretère gauche avait deux racines. Les bassinets n'étaient nullement agrandis. La substance du rein était farcie de grandes et de petites hydatides, mêlées avec des tubercules, non-seulement à la surface du rein, mais aussi dans son épaisseur, où, contiguës les unes aux autres, elles forment des masses compactes et rendent méconnaissable la structure de l'organe. Ces hydatides sont pour la plupart ovoïdes, et contiennent une humeur claire. La membrane en est mince et distincte de la substance rénale. Des tubercules, les uns sont durs comme des marrons crus, d'autres comme du fromage de Limbourg. Il y avait aussi des excroissances pédiculées adhérentes à la surface des reins, et également entourées d'une membrane propre. A la section, elles parurent constituées par des lamelles concentriques de couleur jaune-brunâtre.

§ 854. J'ai rapporté plusieurs exemples d'hydronéphroses chez les *nouveau-nés*; chez eux aussi j'ai observé ces dégénérescences enkystés des reins, en même temps que la dilatation du bassinet et des calices. Ainsi j'ai figuré un cas dans lequel, chez un enfant, il y avait coïncidence d'un hydronéphrose et de kystes séreux dans le même rein. L'uretère, très distendu, était plus volumineux que l'intestin. Le rein était très petit, mais le bassinet était considérablement dilaté. L'uretère coupé, le liquide contenu dans les vésicules du rein ne s'écoulait pas. (Atlas. Pl. XXVI, fig. 4.)

Hensinger (1) a publié un cas analogue. Chez un enfant du sexe féminin mort-né, les reins formaient deux tumeurs bleuâtres, couvertes par le péritoine, et qui remplissaient la

(1) *Zeitschrift für die organ. Physik.* B. 1, Heft 1.

plus grande partie de la cavité du bas-ventre. Les calices étaient très dilatés, et le tissu rénal, fongueux et semblable à celui de la rate, offrait un grand nombre de vésicules séreuses qui avaient depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un pois. Les uretères étaient à l'état normal; la vessie était peu volumineuse, l'urèthre était libre. Les capsules surrénales étaient volumineuses.

§ 855. Indépendamment d'une proportion plus ou moins considérable d'albumine, l'humeur des kystes simples contient souvent des matières colorantes et d'autres élémens organiques. Une seule fois, j'ai trouvé de la *cholestérine* dans un kyste situé dans le rein gauche. Chose remarquable, une semblable matière était déposée dans l'aorte abdominale près de sa division en iliaques primitives. Voici le fait :

Obs. VI. — Tumeur contenant de la cholestérine dans le rein gauche; une semblable matière développée dans la cavité de l'aorte près de sa division en iliaques primitives; injection, ramollissement et teinte jaune d'une portion de l'hémisphère gauche du cerveau; paralysie du côté droit du corps.

Marguerite Speltz, âgée de 66 ans, mariée, femme de ménage, entra le 15 mai 1827 à l'hôpital de la Charité, et fut couchée au n° 17 de la salle Saint-Joseph.

Depuis un an, elle se plaignait d'éprouver une douleur habituelle dans l'épaule droite. Il y a dix jours elle fit une chute à la suite de laquelle le bras droit diminua de sensibilité. Il a cinq jours elle fit une deuxième chute et resta paralysée des muscles du membre thoracique droit.

Aujourd'hui la commissure gauche des lèvres est tirée et abaissée du même côté; la langue est déviée dans le même sens, et la malade ne peut la tirer hors de la bouche. Quelquefois cependant elle la porte sur les lèvres comme pour les humecter. La peau des membres et du tronc a conservé sa sensibilité. Cependant les membres inférieurs sont presque constamment immobiles, surtout le droit, et présentent parfois une sorte de contracture.

Le 18 mai, la malade peut tirer la langue un peu au-delà

de la lèvre inférieure, et dans ce mouvement la pointe se porte sensiblement à droite de la ligne médiane, tandis que la partie moyenne et latérale en paraît comme enflée. La malade n'éprouve de douleur dans aucun point de la tête, ni de la colonne vertébrale; elle parle plus aisément qu'hier; la vue et l'ouïe sont bonnes. Elle remue par intervalle le membre inférieur gauche, tandis que le droit reste immobile; elle témoigne une grande sensibilité, lorsqu'on pince la peau des membres. Ventre plat et sensible à la pression, *decubitus supinus*, langue pâle, humide, légèrement jaunâtre, point de soif. Toux suivie d'expectoration catarrhale. La partie antérieure et supérieure de la poitrine résonne très bien à la percussion. La respiration est accompagnée, dans tout le côté gauche de la poitrine, d'un ronchus crépitant; elle paraît pure à droite : pouls petit et irrégulier; contractions du cœur assez fortes et irrégulières, plusieurs impulsions inégales suivies d'un instant de repos (*eau gommée, deux bouillons; soupe*).

Le 20. Peau presque froide, affaissement de la face, dévoiement (*même prescription*).

Le 21. Eschare au sacrum; la peau environnante est rouge et le siège d'élevures ou de taches rouges qui paraissent dues à l'inflammation des follicules.

Le 23. Râle; mort à trois heures après midi.

Pendant la vie on n'a pas soupçonné d'altération des reins. La malade ne témoignait aucune douleur dans ces parties; l'affection cérébrale dont elle était atteinte ne lui permettait pas de donner des renseignemens exacts sur son état. La malade urinait souvent dans son lit, et l'urine ne fut point examinée.

Autopsie du cadavre le lendemain à neuf heures du matin, dix-huit heures après la mort.

Tête. La dure-mère et la pie-mère légèrement injectées à la face supérieure du cerveau. La partie supérieure de l'hémisphère gauche offre une teinte jaunâtre; cette altération de la couleur de la substance grise ne s'en va pas par le lavage. On la retrouve même dans la substance cérébrale, après en avoir enlevé une légère couche. Cet hémisphère est injecté au-dessus du ventricule latéral gauche. Il n'y a point de sérosité dans le ven-

tricule latéral de ce côté. La substance blanche du cerveau est injectée, rose ou marbrée; la substance grise est ramollie, surtout à la partie postérieure du lobe postérieur, où l'on découvre un petit foyer purulent. Le corps strié gauche est jaunâtre et très ramolli. La face supérieure de l'hémisphère droit est saine; le ventricule latéral du même côté contient environ une cuillerée de sérosité. La partie antérieure du corps strié droit offre aussi une couleur jaunâtre et une diminution de consistance; à son extrémité antérieure on remarque une petite masse, du volume d'un pois, plus jaunâtre et plus solide que le tissu situé derrière elle. Du reste, les substances blanche et grise de cet hémisphère sont saines, et la protubérance annulaire et le cervelet n'offrent aucune altération.

Appareil digestif et appareil urinaire. — Le pharynx et l'œsophage sont sains. La membrane muqueuse de l'estomac, d'une teinte grisâtre, est assez résistante et plus épaisse que dans l'état sain. L'estomac, contracté, présente une ancienne cicatrice, d'où irradient un grand nombre de rides de la membrane muqueuse : ces rides se dirigent vers un centre formé par une espèce de bride; ce qui donne à leur ensemble un aspect assez analogue à celui de quelques cicatrices qu'on observe à la peau, à la suite d'une brûlure profonde. La membrane muqueuse se détache facilement de la membrane celluleuse, excepté dans la petite surface qui correspond à cette cicatrice. Le foie très injecté; la rate est remarquable par sa couleur fortement noirâtre. La vésicule biliaire distendue contient un verre de bile. Les canaux biliaires n'offrent rien de particulier; les intestins sont sains.

Le rein gauche est atrophié et réduit à un très petit volume. A sa partie supérieure existe une masse enkystée, du volume d'une grosse noix, remplie d'une matière jaune et molle, recouverte d'une lame micacée ou argentine, et que M. Chevallier (1) reconnut pour être de la cholestérine. Ecrasée entre les doigts, cette substance les enduit de petites lames analogues à celles qui forment son enveloppe argentine.

(1) *Journal de Chimie médicale*, t. VIII, p. 537.

Cette tumeur avait environ un pouce de long sur quatre lignes de large. Ouverte, il s'en échappa un liquide clair, d'une odeur fétide, mêlé de petites paillettes brillantes analogues au blanc d'ablette. Ce liquide fut jeté sur un filtre pour séparer la matière brillante, qui fut ensuite lavée à l'eau distillée, et séchée. Le liquide filtré avait une saveur fade; il bleuissait assez fortement le papier de tournesol rougi; les vapeurs qui en émanaient noircissaient le papier recouvert d'acétate de plomb. Ce liquide fut introduit dans une cornue tubulée, à laquelle on avait adapté une allonge et un ballon, puis, soumis à la distillation. Au moment où il allait entrer en ébullition, on s'aperçut qu'une partie se concrétait et donnait lieu à la formation de flocons volumineux. L'opération fut arrêtée après une demi-heure d'ébullition. Lorsque l'appareil fut refroidi, on le démonta; on procéda ensuite à l'examen du liquide qui s'était condensé dans le ballon. Ce liquide était limpide, incolore; il avait une odeur hydro-sulfurée, due à la présence de l'hydrosulfate d'ammoniaque. En effet, il fut divisé en deux portions égales. L'une de ces portions, traitée par la potasse caustique, donna lieu à un dégagement d'ammoniaque très abondant (1); l'autre portion, traitée par le nitrate d'argent, donna naissance à un précipité noir, de sulfure d'argent.

Le résidu qui était dans la cornue fut jeté sur un filtre et séparé en deux parties; l'une, solide, resta sur le filtre; l'autre, liquide, passa à travers les parois du papier. La partie solide nous présenta tous les caractères de l'albumine concrétée par la chaleur; elle retenait une petite quantité de matière grasse, que nous séparâmes à l'aide de l'alcool, à 40°, bouillant. Cette matière grasse était en trop petite quantité pour que nous ayons pu la soumettre à un examen chimique.

La liqueur dont on avait séparé l'albumine, soumise à l'évaporation à une douce chaleur, dans une capsule de verre, laisse un extrait d'un jaune-rougeâtre, d'une odeur fade, d'un

(1) L'ammoniaque se trouvait en excès dans ce liquide, qui bleuissait fortement et promptement le papier de tournesol rougi par un acide.

goût assez agréable. Amenée à l'état sec et traitée par l'alcool, on obtint une solution qui contenait de l'osmazôme mêlé à des traces de muriate de soude.

La partie du résidu qui n'avait pas été dissoute par l'alcool, fut traitée par l'eau distillée : le liquide qui en provenait fut divisé en deux parties. L'une a été examinée par les réactifs, qui ont démontré qu'elle contenait de l'hydrochlorate, du phosphate et du sulfate de soude, enfin, des traces d'un sel à base de potasse; l'autre a été évaporée à siccité; elle a brûlé en donnant des produits analogues à ceux qui proviennent des matières animales, en laissant pour résidu des cendres qui contenaient, outre les sels que nous avons indiqués plus haut, une petite quantité de sous-carbonate de soude; enfin, des traces d'oxide de fer.

La matière nacrée, brillante, qui avait été recueillie sur un filtre et lavée à l'eau distillée, formait une feuille argentée, plissée comme le filtre. Cette matière, que nous regardions (à cause de son aspect) comme étant de la cholestérine, fut divisée en plusieurs portions et soumise à diverses expériences. Elle présentait les caractères suivans : elle se fondait à une température de 136° ; abandonnée à elle-même après avoir été fondue, elle cristallisait par le refroidissement; les cristaux formaient des rayons qui, partant du centre et s'élargissant vers la circonférence, ne faisaient éprouver aucun changement au papier de tournesol rouge et bleu. Elle était insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et dans l'éther, non altérée par les alcalis : traitée par l'acide nitrique, elle s'est convertie en acide cholestérique. Cet acide, combiné à la potasse, précipitait la chaux et la baryte en jaune orangé.

La matière nacrée provenant des petites tumeurs qui existaient dans l'aorte, traitée de la même manière, a été aussi reconnue pour être de la cholestérine.

De ces faits il résulte que la tumeur contenait, 1° de l'hydrosulfate d'ammoniaque; 2° de l'albumine ; 3° une petite quantité de matière grasse ; 4° de l'osmazôme ; 5° divers sels, des hydrochlorate, phosphate et sulfate de soude; 6° du carbonate de soude, provenant sans doute de la décomposition de quel-

ques sels de soude formés avec un acide susceptible de se décomposer par la chaleur ; 7° des traces d'oxyde de fer ; 8° enfin, de la cholestérine.

A la partie inférieure du même rein, existe un kyste rempli de sérosité et d'un volume presque égal au précédent. L'uretère est sain. Le rein droit est sain. La vessie et ses dépendances étaient rouges.

Appareil respiratoire. Le lobe inférieur du poumon gauche offrait les traces non équivoques d'une pneumonie caractérisée par de la rougeur et de l'hépatisation ; dans le reste de son étendue, son tissu était grisâtre et parsemé d'un grand nombre de tubercules. Le poumon droit était crépitant ; incisé postérieurement, il laissait écouler une grande quantité de sérosité sanguinolente.

Appareil circulatoire. Le tissu du cœur était un peu plus mou qu'à l'ordinaire. L'aorte, saine dans sa portion thoracique, présente, vers sa division en iliaque, une altération d'autant plus remarquable qu'elle est de même nature que celle du rein gauche. En effet, un peu au-dessus de sa division en iliaques primitives, l'aorte offrait intérieurement plusieurs petites tumeurs toutes de même nature, dont le volume variait entre celui d'un grain de moutarde et celui d'un haricot. Ces petites tumeurs, saillantes dans la cavité de l'aorte, étaient développées au-dessous de sa membrane interne. Celle-ci, d'un rouge uniforme, avait presque un tiers de ligne d'épaisseur. La matière qui était déposée au dessous de cette membrane, était formée, en grande partie, de petites lamelles blanches, brillantes, *micacées* comme du borax, enveloppées d'une petite quantité de matière jaune, molle et douce au toucher. M. Chevallier, à qui j'avais remis cette matière pour qu'il en fît l'analyse, a reconnu que ces lamelles *micacées* n'étaient autre chose que de la cholestérine. La membrane moyenne de l'aorte était imprégnée de la matière jaune qu'on voit souvent déposée à sa surface ou entre ses fibres chez les vieillards. Au-dessous de quelques-unes de ces petites tumeurs, existait aussi de petites plaques ossiformes et lamelleuses.

§ 856. Aucun symptôme, pendant la vie de la malade, n'a

annoncé la présence de la tumeur rénale; les urines étaient excrétées comme dans l'état sain, et le malade n'accusait aucune douleur dans la région des reins.

Dans ce cas, pendant la vie et après la mort, on n'a pas eu la pensée de rechercher la cholestérine dans l'urine; on l'y rencontrera très probablement, toutes les fois que les kystes remplis de cholestérine viendront à s'ouvrir dans le bassinet, ou lorsque la cholestérine sera accidentellement déposée dans l'infundibulum ou dans les calices dilatés.

§ 857. M. Christison (1) a publié un cas non moins intéressant, qui lui a été communiqué par le docteur Home :

John Johnson, âgé de 38 ans, tisserand, fut reçu à l'hospice, le 16 mars 1828. Il avait un œdème considérable aux membres et au scrotum; un peu d'enflure, de lourdeur et de fluctuation dans l'abdomen; de la sensibilité à la région épigastrique; de la toux et beaucoup de difficulté à respirer dans la position horizontale. Le pouls était à 96 et petit; la chaleur à 96 Fahrenheit, la peau sèche, la langue rouge; constipation, urines saines. La maladie de J. avait commencé, à la fin du mois de décembre précédent, où il avait travaillé dans un endroit humide, par un œdème, qui, après avoir disparu, revint avec des frissons à la fin de janvier. Cet homme avait eu une semblable attaque seize ans auparavant, en Espagne, après avoir été guéri de la fièvre intermittente. Sa maladie de poitrine datait aussi de quelques années. On le traita par des purgatifs répétés et par la crême de tartre administrée comme diurétique. Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'au 21 mars, il n'y eut pas de changement. L'urine ne dépassa jamais 24 onces. Le 21, on s'assura qu'elle donnait un coagulum par la chaleur et par l'acide muriatique. Le 30, l'enflure avait un peu augmenté. Ce jour-là il eut des nausées et des vomissemens qui se renouvelèrent souvent. Le pouls devint plus fréquent. Les cuisses s'excorièrent, et une rougeur érythémateuse s'étendit aux fesses. L'œdème continua à augmenter; la faiblesse fit des progrès, et le malade mourut le 4 mai au matin.

(1) *Edinb. med. and surg. journal*, t. XXXII, p. 278.

Autopsie du cadavre. Les intestins étaient très distendus, et la surface en était plus blanche qu'elle ne l'est ordinairement. Entre leurs circonvolutions, il y avait des collections de matière purulente. Dans la région des reins, il y avait aussi du pus, par places. On retira six livres de matière séro-purulente de la cavité abdominale. Le mésentère et le péritoine qui recouvrent les circonvolutions intestinales inférieures, étaient extraordinairement injectés, dans leur portion déclive. La membrane péritonéale du foie était enduite, par places, d'une matière purulente. La substance du foie était dure et très mamelonnée. Le foie adhérait à tous les organes adjacens, à l'estomac, au diaphragme, à l'épiploon, au duodénum, au colon descendant et particulièrement à une large tumeur très solide qui fut reconnue pour le rein droit, très altéré. Cette glande était convertie en un large kyste encroûté d'une couche mince de substance osseuse, et entrecoupé intérieurement de petites cloisons de même nature. Le contenu de ce kyste était un fluide séreux, trouble, dans lequel nageaient une grande qnantité de flocons argentés. J'examinai avec soin ces flocons après les avoir lavés : ils étaient d'un blanc pur et brillant comme du blanc de baleine; solubles dans l'alcool bouillant et se cristallisant par le refroidissement; insolubles dans une solution bouillante de potasse caustique, et fusibles à une température un peu plus élevée que celle de l'eau bouillante. C'était donc de la cholestérine pure. L'artère rénale droite était presque oblitérée. Le rein gauche était très dilaté, et le tissu en était plus mou et plus pâle qu'à l'état sain. Le bassinet offrait çà et là des plaques de cholestérine. L'uretère était plus large qu'à l'ordinaire.

Les poumons étaient engoués à leur partie postérieure, et un peu emphysémateux à leur surface antérieure. Les parois du cœur étaient épaissies. Il y avait, dans le péricarde et dans les plèvres, une petite quantité de sérosité. La tête ne fut pas examinée.

Kystes acéphalocystiques des reins.

§ 858. Les kystes acéphalocystiques des reins sont des poches développées dans l'épaisseur de ces organes, ordinairement tapissées intérieurement par une matière jaunâtre, et qui contiennent une ou plusieurs vessies, libres non adhérentes, à parois blanches, semi-transparentes, élastiques, tremblantes sous le doigt, et remplies d'un liquide clair et ténu.

Cette altération des reins, très rare chez l'homme, est assez commune chez d'autres animaux, surtout chez le mouton.

§ 859. Chez l'homme, ordinairement un des reins est seul affecté; dans la cavité du kyste, les acéphalocystes sont presque toujours multiples (*acephalocystis socialis vel prolifera*). Dans les kystes des reins du mouton, les acéphalocystes sont presque toujours solitaires.

Lorsque les kystes acéphalocystiques des reins ont acquis, chez l'homme, un développement considérable (et c'est presque toujours dans cet état qu'ils ont été observés), ils donnent lieu à un gonflement partiel ou général du rein, qui, pendant la vie, peut être reconnu par le palper et la percussion (Atlas. Pl. xxix, fig. 1).

La partie du rein occupée par un kyste acéphalocystique volumineux, prend quelquefois une teinte jaunâtre-chamois. Souvent alors les membranes extérieures des reins sont fortement injectées, et le bassinet est confondu et réuni avec la tumeur par de fausses membranes organisées, parcourues d'un grand nombre de vaisseaux (Atlas. Pl. xxix, fig. 1). A la coupe, on voit ordinairement dans la poche rénale les dispositions suivantes, en procédant de l'extérieur à l'intérieur: Elle est formée 1° par les substances rénales atrophiées et anémiques, visibles et distinctes encore dans quelques points, et, en quelques autres, réduites à une simple trame celluleuse, infiltrée çà et là d'une matière jaunâtre accidentelle, et formant une sorte de membrane grisâtre à l'extérieur, et jaunâtre à la coupe; 2° par un véritable kyste, à parois fermes et fibreuses,

dont la surface interne, un peu inégale et jaunâtre, offre, par places, des brides celluleuses plus denses que les parois, avec des enfoncemens, les uns larges et profonds, les autres plus petits et digitiformes.

En contact avec cette surface, mais sans aucune adhérence avec elle, on trouve (lorsqu'il ne s'est opéré aucun travail désorganisateur dans l'intérieur du kyste), une grande poche molle et membraneuse, dont les parois sont formées d'une substance particulière, diaphane, semblable à du blanc d'œuf médiocrement cuit, ou mieux à du blanc d'œuf coagulé par la potasse caustique. Cette substance très élastique peut s'allonger jusqu'à un certain point sans se rompre, et alors, abandonnée à elle-même, elle offre un tremblotement remarquable. Quelquefois légèrement jaunâtre, cette matière est ordinairement blanchâtre, avec une teinte bleue légère; mais, quelle qu'en soit la couleur à la lumière réfléchie, cette matière est constamment d'une belle couleur jaune citron, à la lumière réfractée. Cette poche membraneuse (*acéphalocyste-mère*, de quelques auteurs) peut être séparée en plusieurs lames, comme si elle était composée de couches superposées.

Parfois, à la surface interne de cette poche, on observe de petites granulations (*gemmules*) d'un blanc laiteux, opaques, plus résistantes que la membrane elle-même, et qui ont été considérées comme les germes de nouvelles acéphalocystes.

Dans l'intérieur de l'*hydatide-mère*, on en trouve ordinairement un grand nombre d'autres, dont plusieurs ressemblent assez bien, pour la forme et le volume, à des grains de raisin blanc (ATLAS. Pl. XXVIII, fig. 2), et qui nagent au milieu d'un liquide transparent et incolore.

Le liquide qui remplit les petites acéphalocystes, est de même nature que celui que contient la grande, et n'offre également que des traces d'albumine et quelques sels. Les parois de ces petites acéphalocystes sont formées d'une couche, moins épaisse, de la même substance dont est formée l'acéphalocyste-mère. Les petites hydatides peuvent offrir également, à leur surface interne, des espèces de granulations (ATLAS. Pl. XXXVIII, fig. 4).

Tout porte à penser que la matière des acéphalocystes est de l'albumine coagulée et dans un état particulier.

Par suite de leur progrès ou par des causes accidentelles, les kystes acéphalocystiques des reins de l'homme peuvent s'enflammer et éprouver diverses altérations dans leurs parois et leur contenu. Ainsi, parfois, les acéphalocystes ne sont plus renfermées dans une poche unique, on trouve, contre les parois du kyste, des lambeaux jaunâtres, des espèces de débris de la poche *hydatique-mère*; le kyste est tapissé par une matière jaune particulière, plusieurs de ces petites acéphalocystes sont comme flétries, ridées, et généralement opaques et jaunâtres. Le liquide dans lequel nagent les hydatides, au lieu d'être ténu et transparent, est le plus souvent trouble, d'apparence laiteuse ou purulente.

Les kystes acéphalocystiques des reins peuvent rester longtemps isolés et sans communication avec les conduits sécréteurs de l'urine ou avec d'autres organes voisins. Toutefois, le plus ordinairement, ces kystes, au bout d'un certain temps, contractent adhérence avec les parois du bassinet, et s'ouvrent dans sa cavité par une ou plusieurs ouvertures (ATLAS. Pl. XXXIX, fig. 1). Alors les plus petites hydatides ou les débris des plus grandes et une certaine quantité de l'humeur séreuse ou séro-purulente du kyste, sont rendus avec l'urine. L'expulsion des hydatides n'a jamais lieu sans quelque accident; il survient de la douleur dans la région rénale, et parfois une rétention d'urine, occasionée par l'obstruction du bassinet de l'uretère ou de l'urèthre, dans lesquels un ou plusieurs de ces corps étrangers se sont arrêtés. Les rétentions d'urine, passagères et répétées, ou plus ou moins continues, finissent par amener la dilatation de l'uretère et du bassinet, l'affaissement des mamelons, etc. (ATLAS. Pl. XXIX, fig. 1.)

Enfin on observe quelquefois chez l'homme (mais ce cas est extrêmement rare), une sorte de retrait ou d'atrophie des kystes mêmes, la poche hydatique est alors très irrégulière dans son contour, et n'a plus qu'un petit volume. A la section de cette poche il ne s'échappe ni sérosité, ni acéphalocyste. L'intérieur du kyste est rempli de deux matières solides, mélangées

et confondues : l'une, jaunâtre, analogue à celle qu'on trouve dans certains kystes acéphalocystiques peu altérés; l'autre, formée de petits lambeaux jaunâtres ou verdâtres, d'apparence membraneuse et qui sont évidemment des débris d'acéphalocystes. Les parois du kyste et la substance rénale voisine, devenue d'une teinte grisâtre, présentent quelquefois de petites incrustations salines, dures et comme plâtreuses.

Les kystes acéphalocystiques sont très communs dans les reins du *mouton*. Ces kystes ne contiennent ordinairement qu'une seule acéphalocyste. Dans le point affecté, la surface du rein offre un gonflement de couleur chamois, variable pour la forme et la dimension, ordinairement arrondi, et qui présente plus rarement une sorte d'appendice en forme de queue (Atlas. Pl. xxix, fig. 3); comme chez l'homme, les parois de cette poche sont formées par la substance rénale plus ou moins atrophiée et par un véritable kyste. La surface interne du kyste, jaunâtre et inégale (Atlas. Pl. xxx, fig. 1 et 2), est ordinairement sillonnée par des rides ou des brides assez marquées, qui donnent à l'intérieur de cette poche un aspect multiloculaire, quoiqu'elle ne contienne jamais qu'une seule hydatide. L'hydatide offre elle-même des gonflemens et des rétrécissemens qui correspondent à ceux du kyste. Cette hydatide a l'apparence et tous les caractères physiques et chimiques des acéphalocystes, et le liquide qui la remplit est limpide et incolore.

Au bout d'un certain temps, ces kystes hydatiques subissent des changemens notables dans leur conformation et leur structure : la plus simple de ces modifications est une diminution sensible dans leur volume, reconnaissable à l'aspect ridé de leurs parois, et à l'absence d'un liquide séreux dans leur cavité. Ces kystes se présentent alors sous la forme d'une petite masse plus ou moins arrondie, jaune et molle, pouvant être pétrie entre les doigts, et qui offre à la coupe des pellicules hydatiques entortillées dans la matière jaunâtre propre à ces productions.

Souvent aussi, en même temps que l'intérieur de ces poches se dessèche, elles s'encroûtent d'une matière crétacée, blanchâtre

qui, le plus souvent, est déposée en grains ou en petits mamelons à leur surface, mais qui parfois s'infiltre dans toute l'épaisseur de leurs parois. Alors ces tumeurs sont blanchâtres, bosselées, fermes sous le doigt, et peuvent s'énucléer ou être détachées du rein sans être écrasées (ATLAS. Pl. XXX, fig. 5). A la coupe, on voit que la matière crétacée a aussi envahi la place qu'occupaient les acéphalocystes, qui sont flétries et revenues sur elles-mêmes.

Les kystes acéphalocystiques des reins du mouton peuvent offrir, au lieu de cette incrustation crétacée (consécutive à leur atrophie par absorption), de véritables points osseux, jaunâtres, bien distincts, par leur couleur et leur aspect, de la substance crétacée avec laquelle ils sont ordinairement mélangés. J'ai fait représenter (ATLAS. Pl. XXX, fig. 6) un exemple remarquable de ces dépôts osseux et crétacés dans un kyste acéphalocystique, hérissé d'aspérités piquantes et très dures, et qui s'était développé à la partie supérieure d'un rein de mouton.

Chez le mouton, une véritable inflammation chronique peut s'emparer de la partie du rein occupée par un kyste acéphalocystique. Dans de semblables cas, j'ai plusieurs fois observé une disposition que je n'ai jamais vue sur les reins d'homme. La poche acéphalocystique, plus ou moins altérée, s'ouvrait à la surface du rein par une ou plusieurs ouvertures, le plus ordinairement d'une très petite dimension. On voyait alors, à la surface du rein, et le plus souvent au-dessous de sa membrane fibreuse, des bosselures plus ou moins considérables formées par le dépôt d'une matière comme athéromateuse, ou par un mélange de pus et de détritus d'acéphalocystes. La poche acéphalocystique, revenue sur elle-même, contenait une quantité plus ou moins considérable de la même matière. Le tissu cellulaire du rein, dans la partie correspondante, était notablement gonflé et d'une consistance comme squirrheuse. J'ai fait représenter (ATLAS. Pl. XXX, fig. 7) un exemple très remarquable de cette dégénérescence inflammatoire d'un kyste acéphalocystique; toute la partie supérieure du rein était grisâtre et d'une consistance lardacée; la substance cor-

ticale, perforée en plusieurs points, laissait suinter une matière jaunâtre dans laquelle on voyait encore des traces de membranes hydatiques, et, dans quelques points, il y avait de petits dépôts de matière crétacée.

Lorsque l'altération est plus ancienne, la matière contenue dans la tumeur est plus jaune et a la couleur du miel, mais elle est plus consistante; quelquefois alors on ne trouve plus de traces de membrane hydatique (ATLAS. Pl. XXIX, fig. 5).

Je n'ai jamais vu les kystes acéphalocystiques des reins de mouton s'ouvrir dans la cavité du bassinet, comme cela a lieu assez fréquemment chez l'homme.

Les kystes acéphalocystiques du *cochon* contiennent, comme ceux de l'homme, plusieurs hydatides; ils en diffèrent seulement en ce qu'ils sont presque toujours bosselés (ATLAS. Pl. XXX, fig. 8). Les bosselures et les dépressions correspondent à des dilatations et à des contractions du kyste qui embrasse exactement les hydatides (ATLAS. Pl. XXX, fig. 9).

Les kystes acéphalocystiques du rein de *bœuf* n'offrent point de particularités remarquables; ils sont beaucoup plus rares que ceux du mouton ou du cochon. J'ai vu plusieurs de ces kystes acéphalocystiques qui avaient, à la surface du rein, la forme d'un bouton jaunâtre et mou, dans l'intérieur desquels on apercevait des lignes grisâtres disposées en zig-zag, enchevêtrées les unes dans les autres, et enveloppées d'une matière jaune; ces lignes n'étaient autre chose que des membranes d'hydatides, vidées, aplaties, flétries et notablement diminuées d'épaisseur.

§ 860. *Symptômes.* — Il faut distinguer deux périodes dans l'histoire des kystes *acéphalocystiques*, lorsqu'on veut exposer les accidens qu'ils peuvent occasioner. En effet, les symptômes de cette maladie sont bien différens suivant que ces kystes sont plus ou moins volumineux, mais *intacts*, ou bien *ouverts* dans le bassinet et les calices ou à l'extérieur aux régions lombaires.

Les kystes acéphalocystiques *intacts* n'occasionnent ordinairement d'autre accident, d'autre gêne que celle qui résulte de leur volume plus ou moins considérable. La tumeur qu'ils forment a beaucoup d'analogie avec celles qui apparaissent

dans la région rénale à la suite de la pyélite chronique ou d'une hydro-néphrose. Mais il est un phénomène qui, dans certains cas, peut faire reconnaître la présence des hydatides, c'est le frémissement particulier, l'espèce d'ondulation qu'elles font percevoir au doigt appliqué à la surface de la tumeur qui les contient, lorsqu'on la percute avec les doigts de l'autre main.

Lorsque le kyste qui contient les acéphalocystes s'est *perforé* sur un ou plusieurs points *dans le bassinet ou les calices*, un signe plus positif peut faire reconnaître la présence de ces vers: je veux parler de l'expulsion, avec l'urine, d'une ou de plusieurs de ces hydatides ou de fragmens plus ou moins considérable de ces vers.

Lorsqu'une ou plusieurs acéphalocystes passent du bassinet dans l'uretère, elles peuvent obstruer ce conduit au moins momentanément, déterminer des douleurs rénales et d'autres symptômes communs aux corps étrangers engagés dans les uretères, savoir des hoquets, des nausées, des vomissemens, de l'ischurie, une rétention d'urine, des coliques néphrétiques, et parfois des douleurs vives dans la vessie ou dans l'urèthre lorsqu'elles sont rendues avec l'urine, expulsion qui est suivie d'un grand soulagement.

Lorsqu'une ou plusieurs acéphalocystes ont été rendues avec l'urine, et qu'il survient de nouvelles douleurs, soit dans les régions rénales, soit dans le trajet des uretères, il est à présumer que de nouvelles acéphalocystes seront expulsées au dehors, ou bien que d'autres corps étrangers, tels que des caillots fibrineux ou des calculs seront évacués avec l'urine.

On a vu, mais plus rarement, les kystes acéphalocystiques des reins ou au moins des kystes acéphalocystiques développés dans les régions rénales s'enflammer et s'ouvrir par une fistule aux lombes.

§ 861. L'origine des kystes acéphalocystiques des reins chez l'homme est fort obscure. Plusieurs fois ils ont paru se développer à la suite de chutes ou de contusions sur les lombes. Chez les animaux, et notamment chez les moutons, les acéphalocystes des reins sont évidemment liées à un état particulier

de la nutrition et sont plus fréquentes après les saisons froides et pluvieuses qu'à toute autre époque de l'année.

§ 862. Dans leur premier état, c'est-à-dire lorsqu'ils ne se sont point ouverts dans les conduits excréteurs de l'urine, dans l'intestin ou aux lombes, les kystes acéphalocystiques des reins, parfois reconnaissables au toucher et à la percussion, ne peuvent toujours être facilement distingués des kystes acéphalocystiques du foie. Il est à remarquer cependant que ces derniers sont le plus ordinairement situés plus en avant, et qu'ils sont plus évidemment continus avec le bord tranchant du foie ; toutefois, les kystes acéphalocystiques des reins sont quelquefois tellement soudés avec le foie par leur partie supérieure, qu'ils paraissent faire corps avec cet organe. Dans les cas obscurs, quelques circonstances particulières, l'existence antérieure d'un ictère ou d'un dérangement fonctionel des reins pourront quelquefois éclairer le diagnostic; mais il faut convenir que, hors les cas où la tumeur rénale forme une voussure aux lombes et se prolonge vers la fosse iliaque, il est difficile de préciser le siége de la tumeur.

Mais le foie ne peut plus être accusé d'être le siége de ces sortes de tumeurs, lorsqu'une ou plusieurs hydatides ont été expulsées avec l'urine par l'urèthre, et lorsque cette expulsion a été précédée de douleurs rénales se propageant suivant la direction de l'uretère, ou de douleurs vésicales provoquées par la difficulté qu'éprouve la vessie à évacuer les acéphalocystes ou leurs débris. Et c'est ici le lieu de remarquer que des kystes acéphalocystiques non développés dans les reins, mais dans des parties contiguës à la vessie, peuvent aussi s'ouvrir dans cet organe et simuler jusqu'à un certain point un kyste hydatifère du rein. Toutefois, par une exploration attentive du bas-ventre et à l'aide de la percussion, on découvrira très probablement toute espèce de kyste acéphalocystique situé dans le voisinage de la vessie (1) et s'ouvrant ou non dans cet organe.

(1) Le nommé Kurth, âgé de 40 ans, cordonnier, de bonne constitution, de tempérament sanguin et lymphatique, éprouva pour la première fois en 1828, sans cause connue, de la pesanteur dans le bas-ventre, accompagnée

§ 863. A en juger par la marche de la maladie dans la plupart des cas de kystes acéphalocystiques des reins, qui ont été

parfois de quelques coliques ; l'abdomen était un peu volumineux, et il reconnut dans la fosse iliaque gauche l'existence d'une tumeur de la grosseur du poing, indolente à la pression. Des bains, des douches, des frictions avec l'onguent mercuriel furent inutilement employés pour la dissoudre, elle augmenta même de volume. Le 7 avril 1834, Kurth entra à l'hôpital de la Charité dans mon service. Depuis six jours, il avait de la fièvre, le pouls était développé, la peau chaude ; il y avait de la soif, pas d'appétit. Le ventre était un peu tendu et douloureux à la pression ; mais la principale douleur se faisait sentir dans l'endroit occupé par la tumeur ; il n'y avait ni nausées, ni vomissemens; le ventre était libre sans constipation. Une tumeur existait dans la fosse iliaque gauche, s'étendant jusqu'à l'hypogastre. Elle était plus volumineuse que le poing, arrondie, immobile, fluctuante, un peu douloureuse à la pression, fournissant par la percussion une sensation de frémissement ou de collision de corps élastiques mobiles, comme si on frappait sur un ressort élastique. Le stéthoscope, appliqué sur la tumeur pendant qu'on la percutait, faisait entendre un bruit semblable à celui que donne un tambourin sur lequel on frappe. La tumeur était, du reste, tout-à-fait séparée du foie, dont le volume ne paraissait pas augmenté, ni renfermer aucune tumeur. Le malade fut saigné, mis à la diète et à l'usage des boissons adoucissantes. Le lendemain, 8 avril, il éprouva beaucoup de coliques, et un besoin très pressant d'aller à la selle : il s'y présenta et rendit, avec beaucoup de pus et de matières liquides, une très grande quantité d'acéphalocytes déchirées, sur la nature desquelles on ne pouvait conserver aucun doute ; quelques-unes avaient dû avoir le volume d'une noix. Les coliques cessèrent, la fièvre tomba, la douleur de la tumeur diminua ; celle-ci perdit beaucoup de volume. Les jours suivans encore le malade continua à rendre tous les jours quelques hydatides. Enfin, il n'en rendit plus, et, comme les douleurs avaient cessé, il demanda à sortir. Le kyste avait la moitié de son volume primitif; les pressions exercées à travers les parois abdominales ne purent jamais le vider entièrement.

Pendant un mois, le malade se porta bien, mais, au bout de ce temps, il rentra dans la salle avec de la fièvre, douleur et tension du ventre ; la tumeur était de même volume qu'à la sortie du malade, douloureuse à la pression, et fournissait les mêmes signes que lors de la première entrée : il fut saigné de nouveau et mis au bain. Il resta dans cet état de souffrance pendant deux ou trois jours. L'émission des urines était douloureuse, il n'y avait pas de selles. Au bout de ce temps, il rendit de nouveau des hydatides par les garde-

publiés jusqu'à ce jour, le *pronostic* de ces espèces de tumeurs serait généralement moins grave que celui des tumeurs rénales

robes et les accidens cessèrent bientôt. Il resta dans la salle pour suivre le traitement de la gale, dont il était affecté depuis long-temps. Il ne rendait plus d'hydatides, conservant toutefois dans le bassin une tumeur dure encore, douloureuse à la pression, mais ne donnant plus lieu à la sensation de frémissement que nous avons notée, dans laquelle il sentait, disait-il, passer de l'air, lorsque le 8 juin, il éprouva subitement une envie très forte d'uriner; il essaya de vider la vessie, et il rendit une urine trouble, purulente, mêlée de gaz, tandis qu'auparavant les urines étaient très claires. Les urines, laissées dans un verre, fournissent un dépôt purulent très abondant. Le malade, fort effrayé de rendre des gaz par l'urèthre, m'en avertit aussitôt. Je le fis uriner devant moi, et je constatai la sortie de ces gaz par l'ouverture du canal uréthral.

Le kyste acéphalocystique devint plus douloureux que les jours précédens : on le couvrit de 15 sangsues et de cataplasmes. Les bains, les boissons adoucissantes, firent cesser peu-à-peu les douleurs qui accompagnaient l'émission des urines; celles-ci devinrent moins purulentes, ne renfermèrent plus de fluides élastiques; il n'y avait plus d'hydatides dans les selles. Le malade sortit en très bon état; le kyste formait une tumeur dure et indolente dans la fosse iliaque gauche. — Ce cas a été recueilli par M. le docteur Brun (Louis-Auguste), alors mon élève, et insérée dans sa dissertation inaugurable (*Diss. sur une espèce particulière de tumeur fistuleuse stercorale de l'ombilic, suivie de quelques observations sur différentes maladies médicales et chirurgicales*, Paris, 1834, p. 37).

Hunter rapporte un cas de kyste acéphalocystique situé dans le bassin, entre la vessie et le rectum. La vessie, dont le col était comprimé par la tumeur, était distendue par cinq à six pintes d'urine (*Medical and chirurgic. transact.*, vol. I, p. 35, 1793). Le docteur Lesauvage a publié un cas analogue (*Bulletin de la faculté de médecine*, t. III, p. 439). Loder parle également d'un kyste situé entre la vessie et le rectum (*Transac. Lond.* 1793).

Enfin, voici encore un exemple d'hydatides évacuées par l'urèthre et par le rectum : « Le sieur C..., perruquier, d'un tempérament phlegmatique et adonné à la boisson, tomba malade le 3 juin de l'année dernière, après un excès de débauche de trois à quatre jours; les symptômes qui se déclarèrent d'abord, furent un grand mal de tête, une certaine rigidité de toute l'habitude du corps, la dureté et la fréquence du pouls, *des douleurs des lombes*, la tension du ventre, des évacuations alvines écumeuses, la dysurie, des urines blanches et limpides. Le troisième jour, gémissement continuel sur son état, délire. Le quatrième, écoulement involontaire des urines. Le cinquième,

formées à la suite des pyélites. Chose remarquable, les kystes acéphalocystiques des reins ont, comme es kystes acéphalo-

extrémités froides, surdité, regard menaçant, et par intervalles grands éclats de rire, au lieu de répondre aux questions qu'on lui faisait.

« Dès les premiers jours, j'avais pratiqué une saignée du bras, et le soir du même jour, une autre saignée du pied; j'administrai aussi l'émétique le lendemain, pour débarrasser les premières voies. Des lavemens émolliens, où je faisais quelquefois entrer 30 à 40 grains de camphre, les pilules de camphre et de nitre, les anti-septiques ont été tour-à-tour employés, suivant les circonstances. Les vésicatoires lui furent appliqués aux jambes, et sa boisson la plus ordinaire était la décoction de tamarin émétisée. L'état du malade reçut peu de changement jusqu'au treizième jour. Je fus fort étonné, ce jour-là, de voir, au moment qu'on changeait le linge, qu'il s'était évacué une grande quantité de sang, très délayé, par les selles, en même temps que son pouls était devenu meilleur. Le 14, il y eut un petit redoublement, et les extrémités qui étaient froides, commencèrent à se réchauffer. Le 15, même évacuation de sang par l'anus, le pouls plus souple et plus libre. Le 16, crachats consistans avec toutes les marques de coction. Le 17, sueurs abondantes et cessation de l'écoulement involontaire des selles et des urines, et celles-ci déposent un sédiment briqueté. Le 22, nouveau redoublement, avec des signes de crudité dans les urines. Le 23, évacuation de matières sanguinolentes *par l'anus*, comme ci-dessus; mais ce qui fit connaître la nature de cet écoulement, ce fut une hydatide de la grosseur d'un œuf de canne qu'on trouva dans le bassin. J'en fis l'ouverture, et elle se trouva contenir un fluide de même nature que celui qui s'était écoulé par les selles. La nuit suivante fut plus tranquille, et le sommeil se prolongea jusqu'au lendemain matin.

« Le 25, je fus appelé auprès du malade, pour une dureté d'urine qui lui causait les plus vives angoisses; en l'examinant, je fus fort surpris de voir sortir *par le canal de l'urèthre* une tumeur qui paraissait étranglée. Après être resté quelque temps en suspens, j'aperçus ou du moins j'eus lieu de présumer que c'était une hydatide de la même nature que celle qui avait été évacuée par l'anus; je saisis le bout de cette tumeur avec les pinces, en tirant successivement en divers sens, et je parvins enfin à dégager cette hydatide, qui était de la grosseur d'un petit œuf de poule; j'en fis l'ouverture, et je reconnus qu'elle contenait le même fluide qui s'était écoulé par l'anus. Je n'ai pas besoin de dire qu'après l'extraction de ce corps, le malade se trouva soulagé, et qu'il passa une nuit tranquille; sa maladie s'est soutenue avec plus ou moins de fièvre jusqu'au vingt-quatrième jour, et ce n'est qu'alors que je lui ai permis de prendre un peu de crême de riz, et j'ai fait augmenter par degré sa nourriture. Sa convalescence a été longue, car il n'a pu prendre

cystiques qui se développent dans les autres organes, une grande tendance à s'enflammer, à se perforer, et à revenir sur eux-mêmes lorsqu'ils se sont complètement vidés. Aussi, les exemples de guérison de tumeurs rénales après l'évacuation d'hydatides par les voies urinaires ne sont-ils pas très rares. Mais dans un cas donné, on ne peut préjuger l'époque à laquelle une semblable évacuation aura lieu.

Une circonstance rend cette affection moins grave chez l'homme que chez les animaux. Chez lui il n'y a ordinairement qu'un des reins d'affecté, et les cas de diathèse acéphalocystique, cas dans lesquels ces vers vésiculaires sont développés à la fois dans plusieurs organes, sont très rares.

§ 864. Le traitement des kystes acéphalocystiques n'est pas le même, suivant que la tumeur rénale est *intacte* ou *enflammée*, ou bien déjà *ouverte* dans le bassinet, ou à l'*extérieur* dans la région des lombes.

Si la tumeur enkystée est *intacte*, et qu'on soit parvenu à bien constater qu'elle est formée par un kyste acéphalocystique, on pourrait l'*ouvrir* à l'aide d'une incision et des caustiques, comme il a été indiqué à l'occasion des tumeurs formées à la suite de la pyélite ; mais il est généralement préférable d'attendre que le kyste s'ouvre spontanément dans le bassinet et les calices. Je n'ai jamais, il est vrai, eu l'occasion d'ouvrir ainsi un semblable kyste développé dans les reins ; cette pratique a été appliquée avec un succès incontestable aux kystes acéphalocystiques du foie, et certaines objections faites contre la néphrotomie, pratiquée dans le but d'extraire un calcul, ne sont pas applicables aux kystes acéphalocystiques des reins. Ainsi le kyste est presque toujours, sinon toujours, unique ; il est voisin de la surface du rein ; l'inflammation en est plutôt salutaire que fâcheuse, etc., et l'opération offrirait par elle-même peu de danger, à moins que le malade n'eût un

l'exercice de sa profession que vers la fin de septembre. Le malade s'est bien porté depuis cette époque.» — (*La Médecine éclairée par les sciences physiques* ou *Journal des découvertes relatives aux différentes parties de l'art de guérir*, rédigé par M. Fourcroy, tom. I, p. 87, in-8, Paris, 1791).

très grand embonpoint. Mais, je le répète, dans le plus grand nombre des cas, il est préférable de temporiser; la tumeur est généralement peu douloureuse; sa présence apporte si peu de trouble dans les fonctions, que les médecins ne sont ordinairement consultés que pour les accidens que déterminent les acéphalocystes dans leur trajet à travers les voies urinaires. La perforation spontanée de ces kystes se fait presque constamment dans le bassinet, rarement dans le tissu celluleux péritonéal, et bien plus rarement encore dans la cavité du péritoine; terminaisons fâcheuses beaucoup plus à redouter dans les cas de pyélite calculeuse.

Le kyste acéphalocystique est-il, au contraire, déjà ouvert dans le bassinet; une ou plusieurs acéphalocystes ont-elles été déjà évacuées avec l'urine; si l'uretère est obstrué par des hydatides ou par un calcul, lorsque les malades sont alités, il faut favoriser le passage de ces corps étrangers de l'uretère dans la vessie, à l'aide de douces pressions de haut en bas, ou bien par l'application des ventouses sèches sur l'hypogastre et le périnée, ou à l'aide de douches dirigées vers la région lombaire du côté affecté. Si les malades peuvent marcher ou faire un peu d'exercice à cheval, les mouvemens ou de légères commotions du tronc peuvent favoriser la descente des acéphalocystes ou de leurs débris des reins à la vessie.

Lorsqu'un kyste acéphalocystique situé dans les reins, ou développé dans le voisinage de ces organes, fait une saillie aux lombes, on peut en pratiquer avec succès l'ouverture, s'il vient à s'enflammer. Après l'évacuation du pus et des hydatides, on fait, dans l'intérieur de la poche, des injections avec une décoction d'orge miellée; le kyste ne tarde pas à revenir sur lui-même, et l'ouverture fistuleuse se cicatrise.

J'ajoute que plusieurs observations semblent parler en faveur de la térébenthine dans le traitement de ces kystes hydatifères.

Si une acéphalocyste, engagée dans l'urèthre, obstruait complètement le canal, on faciliterait l'expulsion de l'hydatide en la déch rant ou en la perçant, comme M. Brachet l'a fait dans un cas.

Historique et observations particulières.

§ 865. Houllier (1) dit avoir vu un homme qui, après plusieurs jours de vives souffrances, rendit avec les urines des *globules* transparens en forme de gelée. Warthon (2) a vu aussi des hydatides être rendues avec l'urine. S. Bonfigli (3) rapporte le cas d'une femme qui portait dans le flanc droit une tumeur rénale et qui rendit pendant l'année qui précéda sa mort une matière lymphatique, concrète, avec l'urine (*innatans comparuit membranaceo glutini similis et distincta in plura frustula foliata, aliquando expansa, aliquando convoluta*), matière dont les caractères sont les mêmes que ceux des parois des hydatides. Le *kyste acéphalocystique*, après s'être vidé en partie dans le bassinet, était revenu sur lui-même et en partie ossifié.

Baillie (4) cite le cas d'un soldat dont le rein converti en un sac capable de contenir au moins trois pintes de liquide était rempli d'hydatides de diverses dimensions, depuis celle d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une orange; une partie du rein avait conservé sa structure naturelle.

Duncan (5) a trouvé, à l'ouverture du cadavre d'un homme âgé de quarante-huit ans, qui était sujet à des douleurs néphrétiques et à la gravelle, les reins très volumineux et remplis d'un grand nombre d'hydatides.

Laennec (6) et MM. Brachet (7) ont rapporté des exemples d'acéphalocytes des reins.

M. Parmentier a publié un cas d'hydatides des reins ren-

(1) Hollerii *Opera*, lib. 1, de morb. intern, cap. 50, in-fol. Paris, 1664.

(2) Warthon. *Adenographia*, in-8, 1656.

(3) *Ephem. nat. curios. cent.* IX, p. 9, obs. 4.

(4) Baillie. *Anatomie pathologique*, trad. franç. par Guerbois, in-8, Paris, 1815, p. 226.

(5) *The med. repository*, vol. VII, juin 1817.

(6) Laennec. *Mémoire sur les vers vésiculaires*, in-4, p. 148 (Mém. de la Faculté de médecine de Paris, in-4, Paris, 1812).

(7) *Nouvelle revue médicale*, 1831, t. IV, p. 105.

dues par l'urèthre, observé chez un jeune homme de vingt ans, et qui finit par se rétablir après l'évacuation d'un grand nombre d'hydatides (1).

On lit aussi dans la *Gazette des hopitaux* (2) l'observation d'un jeune homme, âgé de vingt-sept ans, qui guérit complètement après avoir rendu un certain nombre d'hydatides avec l'urine par le canal de l'urèthre.

Quelques remarques ont été faites sur les hydatides des animaux; Cowper a trouvé des hydatides renfermées dans une coque pierreuse, située dans le rein d'une brebis, et j'ai décrit et figuré les diverses transformations des kystes hydatifères des reins dans l'espèce ovine.

Le docteur Weitenkapf (de Barth) (3) a publié un cas d'hydatides évacuées par l'urèthre; ces vers, rendus au nombre de 50 à 60 chaque fois, avaient depuis la grosseur du pois jusqu'à celle d'une noix et ils étaient vivans. Le docteur Gréplin (de Greifswald) (auquel on doit un travail intéressant sur les cysticerques), frappé de cette dernière circonstance, demanda des renseignemens plus précis au docteur Weitenkapf (4), et desquels il sembla résulter que ces hydatides étaient des *cysticerques*. Le cas du docteur Parmentier, cité plus haut, paraît être un autre exemple de cysticerques rendus par les voies urinaires : « La pression de ces vers avec le doigt, dit M. Parmentier, en faisait saillir la tête, dont il me fut facile de distinguer, au microscope, la forme et les annexes. »

§ 866. Sous le nom d'hydatides des reins, plusieurs auteurs ont confondu les *acéphalocystes* et les kystes des reins. Ainsi, sous le nom d'hydatides des reins, Kœnig cite un cas de kyste dans les reins observé sur un individu mort hydropique et

(1) *Nouvelle Bibliothèque médicale*, décembre 1829, t. IV, p. 412.

(2) *Gazette des Hôpitaux*, 1834, p. 605.

(3) *Provinzial Sanitätsberichte des Kœnigl. Med. Colleg. von Pommern*, 2 semestre, 1835, St. 52.

(4) Müller's. *Archiv für Anat. Physiol. und wissentchaftliche Medicin*. 1840, Heft II, S. 149.

dont l'urine était albumineuse, et un autre cas, celui d'un hydropique avec urine albumineuse, et dont les reins plus grands et plus mous que dans l'état sain offraient de véritables kystes dans la substance corticale (1). Un troisième cas, cité par le même auteur, me paraît être encore un exemple de kyste des reins (2). Enfin un autre fait (3) paraît aussi appartenir plutôt aux kystes qu'aux hydatides.

Bremser (4) remarque avec raison que deux cas cités par Scheffer sont des exemples de kystes des reins, et non de vers vésiculaires.

Sous le nom d'*hydatides*, Morgagni (5) a décrit une éruption vésiculeuse des urétères que j'ai également observée et figurée et qui est bien distincte des véritables acéphalocystes (ATLAS. Pl. LII, fig. 3).

§ 867. Les observations relatives aux kystes acéphalocystiques peuvent être rangées en deux séries :

1re Série. — Kystes acéphalocystiques des reins, sans communication avec les conduits excréteurs de l'urine.

Ces cas sont rares, les médecins n'étant presque jamais consultés à cette période de la maladie; le cas suivant est le seul que j'aie observé.

OBS. I. — Kyste, contenant un grand nombre d'acéphalocystes, développé dans la partie supérieure du rein gauche, et ne communiquant ni avec le bassinet, ni avec l'uretère.

Dans le mois d'avril 1836, M. Amussat m'a fait remettre un rein contenant un kyste acéphalocystique très remarquable (ATLAS.

(1) Ce cas est emprunté aux *Transactions of a society for improv. of med. and chir. knowledge*, vol. III, p. 201.

(2) *Transactions of a society for improv. of med. and chir. knowledge*, vol. III, p. 220.

(3) *London med. Repository*. vol. VII.

(4) Bremser. *Traité des vers intestinaux*, p. 276, in-8, Paris, 1824.—*Journal de Hufeland*, vol. VIII, p. 54 et 86.

(5) Morgagui. *De sed. et caus. morb.*, epist. XLII, art. 11.

Pl. LVI, fig. 5, 6, 7, 8, 9, 10). Ce rein avait été trouvé par deux jeunes étudians dans le cadavre d'un homme d'une quarantaine d'années. Ce rein (c'était celui du côté gauche) avait environ 7 pouces de long et 4 pouces dans son diamètre transversal. L'extrémité supérieure était gonflée par un kyste considérable, dont l'intérieur renfermait un grand nombre d'acéphalocystes de différentes dimensions. Ces hydatides étaient elles-mêmes renfermées dans une grande acéphalocyste à parois plus épaisses, et contiguë dans toute son étendue à la surface interne du kyste. Cette grande acéphalocyste, formée par une membrane d'un blanc légèrement bleuâtre, fragile, demi transparente comme de l'empois, extraite de la cavité du kyste, pouvait se développer en plusieurs lames concentriques (fig. 7). On remarquait à sa surface plusieurs points d'un blanc mat, de la dimension d'un petit pois ou d'une lentille et qui se détachaient fortement sur la teinte d'un blanc bleuâtre de cette hydatide. Les acéphalocystes renfermées dans cette grande acéphalocyste étaient au nombre de plus d'un cent. Leurs parois étaient beaucoup plus minces; les plus petites avaient à-peu-près le volume d'un grain de millet; d'autres égalaient celui d'un grain de groseille; d'autres, enfin, avaient la dimension d'une prune et s'écoulèrent comme des globes lorsqu'on vida ce kyste dans une cuvette. Parmi ces acéphalocystes globuleuses et transparentes, il y en avait qui étaient affaissées et dont la membrane, d'une teinte jaunâtre, était irrégulièrement plissée ou contournée. Presque toutes ces acéphalocystes globuleuses ou affaissées en renfermaient dans leur intérieur une ou plusieurs autres, la plupart affaissées et nageant dans le liquide qu'elles contenaient : de sorte que l'emboîtement des acéphalocystes était une disposition commune à presque toutes ces hydatides. Les parois de la plupart des acéphalocystes globuleuses étaient parfaitement transparentes dans toute leur étendue; d'autres présentaient de petits points d'un blanc mat, laiteux, formés par des espèces de bourgeons qui faisaient une légère saillie à la face interne de l'hydatide étalée sur un morceau de verre. Lorsqu'on comprimait ces acéphalocystes entre deux lames de verre, elles se rompaient,

et après l'évacuation du liquide on ne découvrait sur ces poches ni ouverture régulière, ni bouche, ni suçoir, etc.

Le kyste qui renfermait les acéphalocystes était recouvert inférieurement par une lame extrêmement mince de la substance corticale du rein, et, dans toute son étendue, par les membranes celluleuse et fibreuse de cet organe, qui lui étaient fortement adhérentes.

Entre la face interne du kyste et la grande acéphalocyste, il y avait, sur plusieurs points, un dépôt de matière jaunâtre et grasse au toucher. La surface interne du kyste était d'un blanc jaunâtre, analogue à celui que présente l'intérieur de l'aorte : sur plusieurs points on remarquait des destructions partielles, qui pouvaient aussi être comparées à celles que présente l'aorte dans quelques cas d'ossification de ce vaisseau. Ces petites destructions des parois du kyste n'envahissaient pas toute son épaisseur; car il n'y avait point de communication entre la cavité de cette poche et celle des calices et du bassinet. En effet, après avoir vidé complètement le kyste, nous pûmes suivre sur ses parois les divisions du bassinet et des calices en les insufflant (fig. 6). La partie inférieure du kyste était appuyée sur le bassinet et comme embrassée par les calices. La partie du bassinet qui correspondait à la partie inférieure du rein était fortement dilatée; dans la cavité du bassinet et des calices, il n'existait point de débris d'acéphalocystes.

Le kyste acéphalocystique, quoique développé dans le rein, ne communiquait point encore avec le bassinet et les calices; le malade n'avait par conséquent pu rendre d'acéphalocystes pendant sa vie.

La substance corticale et la substance tubuleuse dans la partie inférieure du rein, n'offraient aucune altération. Les veines et les artères étaient à l'état sain.

Je n'ai pu avoir de détails bien circonstanciés sur l'état des autres organes. J'ai su seulement que le rein du côté opposé était sain et plus volumineux que dans l'état normal. Les uretères, la vessie, le foie et les poumons n'offraient point d'altération. L'état extérieur du corps, qui ne présentait pas d'amaigrissement notable, annonçait cependant plutôt une mort suite

d'une maladie aiguë qu'un dépérissement progressif après de longues souffrances.

2e Série. — Kystes acéphalocystiques des reins communiquant, par une perforation, avec les conduits excréteurs de l'urine.

§ 868. Les cas qui appartiennent à cette seconde série peuvent être rangés dans deux catégories. L'une comprend les cas où la maladie s'est terminée par la mort, à la suite de l'inflammation des substances rénales ou pour toute autre cause; l'autre, les cas heureusement assez nombreux de guérison de ces tumeurs hydatiques.

Voici d'abord quelques faits appartenant à la première catégorie.

Obs. II. — Kyste acéphalocystique développé dans le rein gauche et communiquant, par des perforations, dans le bassinet; mort : tubercules pulmonaires; grains comme tuberculeux dans le cœur (Atlas. Pl. xxix, fig. 1, 2).

Un jeune interne des hôpitaux, plein de zèle et d'instruction, Defrance, qu'une mort prématurée a enlevé à l'étude, m'a apporté, en 1833, un rein qui contenait des acéphalocystes. C'était le rein gauche d'un homme de 36 à 40 ans, dont le cadavre avait été livré à la dissection dans les pavillons de l'École pratique.

Le cadavre, excessivement amaigri, présentait tout-à-fait l'habitude extérieure d'un individu qui a succombé dans le dernier degré du marasme. La poitrine avait été ouverte ainsi que l'abdomen, dans l'hôpital où cet homme était mort; mais les reins étaient restés en place. Le sommet du poumon droit était le siège d'une vaste caverne tuberculeuse, et la plèvre de ce côté avait contracté des adhérences très solides avec les parois thoraciques. Le poumon gauche était farci de petits tubercules, principalement dans son lobe supérieur. Le cœur, d'un volume ordinaire, était un peu dilaté. On remarquait, dans la substance même de cet organe, de petits corps granuleux comme de petits tubercules miliaires. Il y avait un peu de sérosité dans

le péricarde. Le larynx présentait trois à quatre petites ulcérations au-dessous des cordes vocales. L'estomac était sain. Dans le canal intestinal et dans l'intestin grêle et le gros intestin, il y avait un assez grand nombre d'ulcérations. Le foie gras et mou était d'un jaune pâle. La vésicule du fiel était distendue par une assez grande quantité de bile; la rate était saine.

Les reins n'avaient point été examinés. L'un d'eux était malade; l'autre n'avait éprouvé aucune modification dans sa consistance, sa structure, sa forme et son volume. Le rein malade (celui du côté gauche) paraissait transformé en une poche membraneuse deux fois plus volumineuse qu'un rein sain, laquelle contenait un grand nombre d'hydatides, les unes ayant la forme et le volume d'un œuf de poule, et les autres plus petites.

Toute la substance du rein, excepté son quart supérieur, avait presque entièrement disparu. Cette tumeur avait une forme ovoïde, irrégulière, à parois souples, jaunâtres, non transparentes, sur lesquelles on voyait, par places, surtout vers le bord convexe du rein, des rougeurs presque écarlates, formées par un réseau vasculaire très fin, développé dans de fausses membranes celluleuses qui allaient s'attacher aux parties environnantes. En outre sur différens points de la surface de la tumeur et dans le tissu cellulaire qui environne le rein, il y avait un très grand nombre de petites masses, les unes grisâtres, les autres assez rouges et friables entre les doigts, et la plupart groupées comme des glandes lymphatiques.

Le bassinet et le commencement de l'uretère étaient très dilatés et très injectés. La petite portion du rein qui restait encore intacte, était rouge, mais elle avait conservé sa structure naturelle. Dans cette poche il y avait trois ou quatre acéphalocystes assez grosses; les unes à parois comme gélatineuses, assez épaisses, jaunâtres; les autres, incolores et transparentes comme un kyste séreux à parois extrêmement minces, présentaient quelques taches d'un blanc mat, laiteux, opaque. En outre, dans de très petites anfractuosités de la poche hydatique, il y avait de petites acéphalocystes, disposées en chapelet, transparentes et plus ou moins jaunâtres. D'autres

étaient opaques comme les yeux de poisson bouilli. Elles étaient quelquefois seules dans leur petite loge, mais le plus souvent enveloppées d'une matière amorphe, blanche et molle, et qui était déposée en petite quantité dans la cavité du kyste.

Les parois du kyste, assez épaisses et un peu inégales dans quelques points, avaient presque partout la même apparence; la couleur en pouvait être comparée à celle de la membrane fibreuse de l'aorte; seulement elle était plus jaune que cette dernière. La surface interne du kyste, généralement assez lisse, plissée en quelques endroits, dans d'autres comme éraillée, offrait, en outre, de petites dépressions irrégulières, assez généralement circulaires. Le fond du kyste, à l'endroit où il correspondait au bassinet dilaté, présentait un assez grand nombre de petites colonnes bleuâtres qui convergeaient vers un point central, et notamment vers deux ouvertures à bords arrondis qui communiquaient avec la cavité du bassinet; de l'entrecroisement des colonnes résultaient les petites loges dont j'ai parlé.

En ouvrant le bassinet par son côté interne, on le trouva rempli d'une grosse acéphalocyste vidée, entortillée sur elle-même et surmontée d'une autre acéphalocyste très petite, globuleuse et parfaitement transparente.

La vessie ne présentait rien de remarquable; seulement il existait, dans son bas-fond, un petit calcul gros comme une noisette. Le liquide qu'elle contenait, plus épais qu'à l'ordinaire, était chargé de mucus. Le canal de l'urèthre et la prostate étaient sains.

Obs. III. — Douleur dans la région lombaire gauche; symptômes de coliques néphrétiques, depuis vingt ans; évacuation d'hydatides par l'urèthre, favorisée par des pressions sur le ventre; nouveaux accidens; mort. — Rein transformé en une poche membraneuse, contenant des hydatides (Chopart. *Traité des mal. des voies urinaires*, t. 1, p. 148).

Une demoiselle de 25 ans, qui n'avait jamais joui d'une bonne santé, dont le teint était d'un jaune noirâtre et dont les règles avaient cessé depuis deux mois, sans accident, fit appeler M. Fleuret, le 20 janvier 1772, pour la soulager d'une vive

douleur qu'elle sentait dans la région lombaire du côté gauche. Tout annonçait une colique néphrétique; il y avait difficulté d'uriner, tension du ventre, principalement du côté affecté; la douleur augmentait par le toucher, depuis la région du rein gauche, jusqu'à celle de la vessie. Cependant cette demoiselle n'avait rendu ni sable, ni graviers. Deux saignées et des cataplasmes émolliens calmèrent un peu les douleurs et le ventre devint moins tendu; mais l'urine ne s'écoulait que par un petit jet qui s'arrêtait à l'instant, de sorte qu'elle était toujours tourmentée du besoin d'uriner. La région de la vessie était élevée, et par conséquent pleine d'urine. M. Fleuret proposa à la malade de la sonder; elle s'y refusa, et annonça qu'elle était sujette à cette colique depuis vingt ans, que cette fois les douleurs étaient plus vives et continuaient plus long-temps, qu'elle était quelquefois six mois, un an, deux et même trois ans sans les ressentir, et que les accidens se terminaient lorsqu'elle avait rendu par l'urèthre un grand nombre de petites poches remplies d'eau, ou les peaux de ces sacs, dont quelques-uns avaient la grosseur d'un œuf de pigeon et d'autres étaient plus petits et sortaient toujours avant les plus gros. Pendant la nuit, elle trouva une situation pour uriner, elle se coucha sur le dos, éleva les jambes et les cuisses; pour lors l'urine sortit avec ces sacs ou hydatides. Le lendemain, M. Fleuret examina ces hydatides, qui étaient en grand nombre. La plupart étaient rompues et ne présentaient plus que leurs membranes; quelques-unes étaient entières et remplies d'une eau bourbeuse. Parmi ces membranes, il en vit qui étaient formées de trois lames adhérentes entre elles par un tissu de fibres fines et serrées.

La malade se trouva soulagée par la sortie de ces petits corps; mais la douleur revint deux jours après, sans être aussi forte. Cette douleur commençait dans le rein, et, quand elle diminuait dans ce viscère, elle augmentait en différens poins du trajet de l'uretère, et devenait plus vive à l'entrée de ce canal dans la vessie. Lorsque les hydatides y étaient parvenues, la douleur de toutes ces parties n'était plus qu'une sorte de lassitude; dans d'autres attaques de coliques, la malade, pressée par l'envie d'uriner, se présentait souvent, sans qu'il sortît une goutte

d'urine. Enfin, à force d'efforts et de pression sur le ventre, les hydatides sortaient avec une sorte de bruit, ensuite l'urine coulait à plein canal et sans douleur.

Cette demoiselle est morte, le 8 juin 1776. M. Fleuret a fait l'ouverture de son corps. Le rein droit était sain; le gauche avait une forme extraordinaire. Il l'enleva avec l'uretère et la vessie, pour en faire l'examen avec plus de soin. Ayant ouvert ce rein, il ne vit qu'un sac membraneux, rempli d'hydatides, qui n'étaient point aussi grosses que celles que la malade avaient rendues. Le bassinet et l'uretère étaient extrêmement élargis. Il n'y avait rien de particulier à la vessie. M. Fleuret a envoyé ces parties à notre académie, qui a chargé M. Desault de les examiner. Cet académicien nous a démontré que le rein gauche était transformé en une poche membraneuse ovalaire, dont les parois épaisses étaient celluleuses dans plusieurs endroits, et qui était remplies d'un grand nombre d'hydatides libres, de grosseur et de figure différentes. Ces hydatides avaient leurs tuniques transparentes et quelquefois doubles, elles contenaient une lymphe trouble. L'uretère était très dilaté, avait ses tuniques épaisses et plusieurs petites hydatides naissantes.

Obs. IV. — Douleurs dans la région rénale gauche et à la vessie; urine purulente; mort; dépôt de pus dans les reins (Chopart, *Traité des malad. des voies urinaires*, t. 1, p. 150).

Un notaire de la ville de Montereau ressentit des douleurs à la région du rein gauche et à la vessie. On pensa qu'il avait la pierre, et on lui fit prendre des bains, des boissons diurétiques et des pilules savonneuses. Loin d'éprouver du soulagement, ses douleurs augmentèrent. Il vint à Paris, et consulta M. Desault, qui jugea par la sonde qu'il n'avait point de pierres dans la vessie. Le malade, rassuré sur les craintes qu'il avait de cette maladie, retourna dans son pays, prit des bains, des boissons adoucissantes, et se trouva mieux pendant un mois. Ensuite ses douleurs recommencèrent avec force. Son urine, qui jusqu'alors avait été d'une bonne qualité, devint trouble, bourbeuse, et déposa beaucoup d'humeur blanchâtre puriforme; quinze jours après il rendit par l'urèthre, après de

grands efforts pour uriner, un corps mollasse, allongé et qui avait l'apparence d'une membrane épaisse. Après la sortie de ce corps étranger, qu'il mit dans une bouteille d'eau, et qu'il envoya à M. Desault pour en faire l'examen, les douleurs des voies urinaires diminuèrent sensiblement. Le troisième jour suivant, il rendit un nouveau corps de même nature que le premier. Il parut à M. Desault que ces corps étaient des débris d'hydatides lymphatiques, formées dans les reins ou dans la vessie, et qui s'étant rompues avaient eu plus de facilité à sortir par l'urèthre. Car, de même que dans le cas précédent, les hydatides, poussées vers le col de la vessie par l'action d'uriner, bouchaient l'entrée de l'urèthre, causaient la difficulté d'uriner et des douleurs aiguës. Cette action diminuant et le malade changeant de situation, elles tombaient, par leur poids, au fond de la vessie, et permettaient le passage de l'urine; ensuite étant plus macérées par l'urine et portées de nouveau dans le col de la vessie où elles étaient pressées par l'action d'uriner, elles se rompaient, et, devenant plus proportionnées au canal de l'urèthre, elles le traversaient. Ainsi, ce malade devait être soulagé après l'issue de ces corps étrangers. M. Desault le prévint qu'il pourrait encore rendre d'autres portions d'hydatides ou même des hydatides entières, parce que l'uretère, plus dilatée à mesure qu'il en passerait, pourrait se prêter assez pour en laisser sortir de la grosseur d'un noyau d'olive. Il l'engagea à continuer le régime délayant, la boisson d'eau de lin et de chien-dent. Dans l'espace de quinze jours, le malade rendit encore par l'urèthre plusieurs particules blanchâtres, comme membraneuses, et ne sentit plus de douleurs à la vessie. Mais son urine continua d'être trouble, purulente; il eut de temps en temps des accès de fièvre et presque toujours des douleurs dans les reins, surtout dans celui du côté gauche. Enfin, après six semaines de souffrances continuelles, il mourut. M. Colleau, maître en chirurgie de Montereau, fit l'ouverture de son corps : il trouva le rein gauche en suppuration. Il y avait du côté des calices, des mamelons, plusieurs foyers d'humeurs blanchâtres, granuleuses et fétides, et, dans la substance de ce rein, quelques points purulens qui ne communiquaient point avec ces foyers.

L'uretère était épais, moins flexible que dans l'état ordinaire, et contenait un peu d'humeur purulente; le rein droit avait des marques de suppuration. La vessie était petite, racornie, et renfermait une petite quantité d'urine fétide. Il n'y avait ni pierre, ni hydatides, ni concrétions lymphatiques, ni fongus. Les autres viscères du ventre étaient sains.

Quoiqu'il n'ait point paru d'hydatides dans les voies urinaires de ce malade, il est probable que les corps étrangers qu'il a rendus par l'urèthre n'étaient point de simples concrétions lymphatiques, mais des vésicules rompues, ouvertes. M. Desault y reconnut des caractères de membrane et la forme de vésicule. Peut-être ces hydatides se trouvaient-elles trop grosses pour enfiler la route de l'urèthre, qui est plus longue et moins dilatable dans l'homme que dans la femme. Il est vraisemblable qu'elles étaient parvenues dans la vessie, lorsque M. Desault y apporta la sonde; car les douleurs que le malade ressentait depuis deux mois dans ce viscère, et qui ressemblaient à celles que cause une pierre mobile et portée au col de la vessie, n'ont cessé qu'après l'issue de ces corps étrangers. Le défaut de résistance ou la mollesse de ces hydatides empêchait de les reconnaître par la sonde.

Obs. V. — Douleurs dans le côté gauche du ventre; sable rouge expulsé avec l'urine; urine sanguinolente et purulente; expulsion d'hydatides, précédée de vives douleurs; guérison.—(Russel. — *Medic. obs. and inquir. published by a society of physicians, in London*, t. III, p. 146, 1767).

Un jeune homme, âgé d'environ 24 ans, d'une constitution délicate, ressentit une douleur au côté gauche du ventre, et eut de la fièvre. Ces symptômes subsistant même après la saignée et l'usage de quelques drogues, il fit appeler M. Russel. Il avait alors une douleur violente dans la région gauche de l'hypogastre, avec un grand mal de tête, chaleur, soif et sécheresse de la langue. Son pouls était vif, plein et dur; son urine sortait avec difficulté, en quantité suffisante, et d'une couleur naturelle. Il avait le ventre libre. Dans la nuit, il se plaignit d'une douleur aiguë dans la région du rein gauche, et qui s'étendait le long de l'urèthre jusqu'à la vessie. Il eut une réten-

tion d'urine pendant quelques heures, des nausées et plusieurs vomissemens. On réitéra la saignée; il prit des demi-bains, des lavemens émolliens, des boissons rafraîchissantes et des potions huileuses. En peu de jours, ces accidens graves se dissipèrent; *un peu de sable rougeâtre* parut dans l'urine; cependant la douleur au côté gauche subsistait toujours, sans être aussi violente. Le malade était faible et avait toujours une chaleur fébrile. On l'engagea à aller à la campagne, à boire du lait d'ânesse, à prendre plus de nourriture et à faire un peu d'exercice. Ses forces revinrent, sa chaleur fut moindre, et il fut presque sans douleur pendant quinze jours, après lesquels étant allé en voiture, il eut de la peine à uriner, et des envies plus fréquentes de rendre son urine. Il en sortait peu à-la-fois, et elle s'arrêtait quelquefois sans qu'il fût plus tourmenté de douleurs. Cet état dura toute la nuit. Le lendemain matin, ayant commencé à rendre de l'urine, elle s'arrêta tout-à-coup, et le malade crut qu'il s'était crevé quelque corps dans l'urèthre. Il sortit de ce canal une petite quantité d'humeur puriforme, avec un peu de sang, puis un sac membraneux vide, du volume d'un œuf de pigeon. Enfin il s'écoula une grande quantité d'urine, ce qui soulagea beaucoup le malade. Pendant plusieurs jours, son urine déposa une humeur puriforme et un peu teinte de sang; et, durant ce temps, il rendit par l'urèthre plusieurs petites hydatides, dont quelques-unes étaient rondes, de la grosseur d'un pois ordinaire, et avec un petit pédicule. Ce jeune homme se trouva dans un bon état pendant dix jours, puis il eut un nouvel accès de douleurs, et rendit encore plusieurs hydatides. Ces accès récidivèrent de temps en temps et se terminèrent toujours par la sortie de petites hydatides; dans les intervalles il paraissait jouir d'une bonne santé. Le nombre de ces hydatides a été considérable. M. Russel en a vu quarante de différente grosseur, depuis le volume d'un œuf de pigeon jusqu'à celui d'une tête d'épingle. Les plus grosses étaient crévées avant de sortir, mais les petites sortaient entières. Elles contenaient une humeur qui n'était jamais bien limpide ou transparente, et qui paraissait plus opaque dans quelques-unes que dans d'autres. Aucune n'avait d'incrustation calculeuse, et les premières

qui sont sorties étaient d'une couleur plus claire que les dernières. A l'âge de 14 ans, ce jeune homme avait ressenti des douleurs aiguës dans les voies urinaires, et avait rendu des urines noires ou d'une couleur de café. A 22 ans il eut un vomissement bilieux et quelques douleurs dans le dos. Voilà ce qui lui était arrivé de particulier, avant la maladie pour laquelle M. Russel a été appelé. Deux ans après la première sortie reconnue des hydatides, il en rendait encore en différens temps. Quelques-unes étaient même plus grosses que celles des années précédentes. Du reste, il jouissait d'une bonne santé.

Obs. VI. — Gonorrhée et douleurs néphrétiques; expulsion d'hydatides avec l'urine (*Coll. académ.*, t. x, p. 65).

Un homme avait une gonorrhée et des douleurs néphrétiques. Son urine n'était point chargée de graviers; elle était sanglante, et l'excrétion s'en faisait avec beaucoup de difficulté. On s'attendait à voir bientôt paraître quelques petites pierres; mais, au lieu de calculs, il rendit un grand nombre de vésicules ou de corpuscules blanchâtres, mous, creux, et qui s'enflaient lorsqu'on y introduisait de l'air. Il y en avait de la grosseur d'un pois : les unes paraissaient remplies d'une humeur gélatineuse, d'autres d'une lymphe jaunâtre; quelques-unes avaient leur surface tachée de points rouges. Dans le temps que ces vésicules continuaient à sortir, on fit prendre au malade des bols de térébenthine. L'excrétion de ces vésicules fut aussitôt supprimée, et ne se rétablit que par l'interruption du remède. La térébenthine ayant été donnée une seconde fois, les vésicules s'arrêtèrent de nouveau; mais elles reparurent dès qu'on en eut suspendu l'usage. On fit macérer ces corpuscules pendant huit jours, ensuite on les souffla; ils parurent transparens, semblables à des toiles d'araignée, et l'on ne douta plus que ce ne fussent de véritables vésicules.

Obs. VII. — Histoire de dix-sept hydatides rénales, rendues par le canal de l'urèthre, à la suite d'un traitement anti-syphilitique, par M. Aulagnier, correspondant de l'Académie de médecine de Paris, etc., lue à l'Académie de médecine de Paris, en mars 1816 (*Journ. gén. de méd.*, t. LVI, n. 236, avril 1816, p. 168).

Un officier-général gagna, il y a près de 20 ans, une gonorrhée. Un chirurgien de son corps d'armée lui conseilla d'employer des injections astringentes. Le rétrécissement ou la coarctation de l'urèthre avec dysurie uréthrale ne tarda pas à se manifester. Les devoirs de ce général ne lui permettant pas de suivre un traitement méthodique, il fit les campagnes de l'armée d'Égypte et celles d'Espagne, au milieu de souffrances presque continuelles. La difficulté d'uriner devint chronique, ainsi que cela arrive ordinairement. Le malade fut forcé de faire usage, à diverses reprises, de bougies de gomme élastique, dont il abusa. La dysurie s'accompagnait d'un écoulement habituel de matière puriforme, contre lequel le malade employa pendant long-temps et inutilement une très grande quantité de baume de copahu. Au mois d'avril dernier, le général me témoigna le désir de se soumettre à un traitement. Je le prévins qu'il serait long, à cause de l'ancienneté de la maladie; il n'en fut pas découragé. A cette époque, le périnée et les bourses étaient couverts de dartres, accompagnées d'une forte démangeaison. L'écoulement par le canal de l'urèthre était fort abondant, verdâtre; le gland toujours inondé de matière; et le malade urinait avec peine, et goutte à goutte, jusqu'à cinq fois par heure. Je prescrivis des bains, des boissons adoucissantes et des injections avec la décoction de graine de lin et de tête de pavot. Quinze jours après, le malade fut atteint d'une fièvre bilieuse, qui fit suspendre le traitement anti-vénérien. Dès qu'elle eut cessé, je conseillai des bains de siège deux fois le jour, composés d'une décoction de son, à laquelle on ajoutait le muriate de mercure sur-oxidé, dont on augmentait graduellement la dose. Le nombre des bains fut porté à soixante-dix. La tisane était faite avec de la racine de bardane et l'écorce d'orme. Les injections comme ci-dessus; on y ajouta une très

petite dose de muriate mercure sur-oxidé. Ces moyens produisirent de bons effets; les démangeaisons s'apaisèrent; l'écoulement changea de nature et diminua considérablement.

J'avais ignoré jusqu'alors que le malade rendait, depuis plus de quatre mois et en grande quantité, avec les urines, une matière puriforme, ressemblant au blanc d'œuf, ayant une odeur insupportable, et s'attachant au fond du pot. Cette matière sortait, tantôt à la fin de l'émission de l'urine, tantôt avec les premières gouttes; ce qui me faisait craindre quelque affection profonde des voies urinaires. Je prescrivis les eaux de Contrexeville, et je fis commencer le traitement par les bougies emplastiques. La première introduction de la bougie me fit reconnaître qu'il y avait un obstacle un peu en dessous du gland. Je m'étais assuré que le spasme n'était pour rien dans l'impossibilité de la pousser plus avant. Plusieurs jours après, je rencontrai un second obstacle au milieu de la verge. Par l'introduction de la bougie, l'écoulement augmenta ainsi que cela arrive ordinairement. La bougie retirée, on y voyait beaucoup de matière attachée à l'endroit où se trouvait l'obstacle. Dix à douze jours après, la bougie pénétra, non sans peine, dans la vessie. Le malade éprouvait un picotement très sensible et une grande démangeaison dans le canal, et surtout vers la prostate; mais, la bougie introduite, il pouvait la garder long-temps sans en être incommodé. Contre mon avis, il la tenait introduite vingt-deux heures sur vingt-quatre. Ce traitement fut continué pendant quelque temps. Cependant l'appétit était régulier : le malade dépérissait; il était morose, et se plaignait d'une douleur gravative dans la région lombaire. On apercevait au toucher un léger gonflement à la région du rein gauche; la douleur devenait insupportable. Deux ou trois jours après, le général rendit, par le canal de l'urèthre et presque sans douleur, une masse de forme oblongue et de la grosseur d'un tuyau de plume à écrire. Ce corps excrété, suivant le rapport qu'on m'en fit, était rempli de liquide. Depuis deux jours on l'avait laissé sur du papier brouillard, où il s'était desséché : aussi ne me fut-il pas possible d'en reconnaître la nature. Le surlendemain, le malade en avait rendu deux autres un peu moins gros :

c'étaient des *hydatides*. Il se sentit soulagé : d'abord il urina à plein canal; mais il devenait chaque jour plus triste; il ne mangeait presque pas; il dépérissait à vue d'œil; et la douleur rénale se renouvelait. Les urines contenaient beaucoup moins de matière puriforme. Je fis substituer les eaux de Selter à celle de Contrexeville. Le malade rendait presque tous les deux ou trois jours des hydatides beaucoup plus petites. Par la négligence des personnes qui étaient auprès du malade, je n'ai pu en conserver que six de dix-sept qu'il a rendues. Quelque temps après avoir commencé l'usage de ces eaux, la matière puriforme contenue dans les urines diminua sensiblement, et, au bout d'environ vingt jours, elles n'en contenaient plus. De rougeâtres qu'elles avaient été jusqu'alors, elles prirent une couleur naturelle; elles furent moins abondantes : les fonctions des voies urinaires se rétablirent complètement, l'appétit et la gaîté revinrent; les forces se relevèrent. Le général a usé des eaux de Selter jusqu'à son départ, et a appliqué tous les jours la bougie deux heures le matin et autant le soir.

Au commencement de janvier il rendit encore une hydatide; le suintement par l'urèthre diminua au point, que je ne crus pas nécessaire d'employer d'autres moyens que la bougie pour le tarir. Ce général partit pour aller chez lui le 3 février, dans l'état de la meilleure santé.

Obs. VIII. — Douleurs dans le rein droit; expulsion d'hydatides par l'urèthre; guérison par l'emploi de la térébenthine: cas rapporté par M. Moreau, médecin à Vitry-le-Français (*Biblioth. méd.*, septembre 1820, p. 334. — *Journ. gén. de Méd.*, t. LXXV, p. 226).

Un homme de 26 ans éprouvait depuis deux ans des douleurs aiguës dans la région lombaire droite, accompagnées d'un sentiment pénible de tension et de gonflement de cette région, de grande difficulté d'uriner, parfois même d'une rétention d'urine. Après quelques jours, ces douleurs cédaient à l'expulsion, par l'urèthre, de petites hydatides, d'abord de la grosseur d'un pois, puis du volume d'une grosse noisette. Lorsque ces petits corps hydatiques eurent atteint un plus grand volume, ne pouvant plus sortir entiers, ils se rompaient, et il

ne paraissait plus au dehors que des débris membraneux.

M. Moreau crut reconnaître l'existence d'hydatides dans le rein droit, et, se rappelant l'action de la térébenthine sur les voies urinaires, il n'hésita pas à prescrire au malade seize grains de cette substance en quatre doses pour chaque jour. Soit simple coincidence, ou par l'effet des médicamens en question, le malade fut guéri sans retour en moins de huit jours.

§. 869. Le docteur Lettsom (1) a aussi rapporté deux cas fort curieux de rupture de kyste acéphalocystique dans les conduits excréteurs de l'urine, suivis de guérison: Un gentleman, âgé de 32 ans, fut renversé de cheval en février 1780, il en résulta un choc violent aux lombes suivi d'une hématurie considérable; après quinze jours il ne ressentit pas d'inconvéniens de cette chute jusqu'au mois de juin suivant. Alors il se plaignit de toux et d'un crachement de sang qu'il attribua à sa chute. Mais, avec quelque soin, il se remit et ne ressentit plus aucun symptôme de cette maladie pendant trois ans. En septembre 1783, il fut pris de frissons, d'une vive douleur dans la région du rein gauche. Peu de jours après il s'aperçut d'une tumeur à l'hypochondre, laquelle s'accrut graduellement jusqu'à la fin de février 1784. Pendant neuf semaines, la tumeur fut si peu douloureuse que le malade put faire un voyage de 130 milles pour consulter le docteur Lettsom. En examinant la tumeur, qui était aussi grosse que la tête d'un enfant, on reconnut qu'elle contenait une matière liquide, qu'elle s'étendait des vertèbres du dos le long de l'hypochondre gauche à la région ombilicale, et qu'elle occupait tout l'espace des côtes aux os innominés. La douleur, qui augmentait avec l'enflure du côté, était aggravée par l'exercice ou le mouvement, mais elle était soulagée par un calmant. Enfin il survint de la douleur pour uriner et une rétention d'urine complète pendant quelques heures. Dans cet état, des chirurgiens des plus habiles furent consultés pour déterminer s'il serait à propos de faire une incision au côté et de percer le kyste pour prévenir la fatale terminaison que la ré-

(1) Lettsom. *Two cases of hydatides renales* (Mem. of the medical society of London, vol. II, p. 33, 1789).

tention d'urine présageait. Le 20 février, la consultation eut lieu, son résultat fut que l'incertitude de la situation de la tumeur par rapport aux intestins, et le risque d'exposer les parties affectées à l'air extérieur, firent rejeter l'opération. On continua l'opiat ordinaire du malade : de la ciguë et des clystères anodins. Le malade passa une nuit douloureuse, tourmenté par des frissons fréquens et violens ; mais il éprouva un très grand soulagement le matin de bonne heure, à la suite de l'écoulement d'une grande quantité de pus épais mêlé à l'urine, écoulement qui fut suivi le lendemain d'une évacuation de pus et de nombreuses hydatides.

En peu de jours la tumeur s'affaissa, et l'écoulement purulent disparut. Le malade continua à reprendre des forces pendant une quinzaine ; son côté se gonfla de nouveau après une promenade en voiture, une grosse hydatide s'étant probablement engagée dans l'urèthre. Il survint, comme précédemment, des frissons, de la strangurie, et la tumeur devint aussi volumineuse que la première fois. A la fin de mars, il éprouva une seconde évacuation semblable en tout à la première, excepté que les hydatides étaient plus grosses. La santé et les forces revinrent ; mais après une course à cheval, M... fut pris une troisième fois de malaise, et l'enflure du côté continua jusqu'au 25 avril. Alors il fut soulagé par un troisième écoulement d'hydatides qui furent considérablement plus grosses que celles des attaques précédentes. Il rendait souvent de ces hydatides après une promenade à pied ou à cheval, n'ayant plus d'enflure ou de douleur au côté, et, lorsqu'il éprouvait du malaise ou une légère tuméfaction, par la pression de la main il pouvait diriger les hydatides vers la vessie, où elles séjournaient quelque temps avant d'être expulsées ; mais les hydatides devinrent à la fin si volumineuses qu'elles avaient beaucoup de peine à traverser l'urèthre ; la dernière qu'il rendit, le 12 de juillet, était si volumineuse, qu'elle s'arrêta dans l'urèthre et y resta pendant un temps considérable, jusqu'à ce que le poids de l'urine amoncelée la forçât à passer. Les premières hydatides se crevèrent en sortant, elles n'étaient pas plus grosses qu'un pois, et les dernières du volume d'un œuf de poule. Cependant

la santé se rétablit graduellement, et le malade put se livrer sans le moindre inconvénient à la chasse et à tout autre exercice aussi bien qu'il l'eût jamais fait. Dans cette maladie, on employa peu de remèdes, excepté la ciguë, la gomme arabique, les lavemens et les anodins. Pour la seconde fois, lorsque la tumeur devint douloureuse, il prit un émétique, qui parut hâter l'expulsion des hydatides. Le quinquina, essayé entre les évacuations, réussit mal et fut abandonné après la dernière expulsion. Ce remède, ainsi que le lait d'ânesse, paraissaient utiles.

Un homme sobre avait été pendant quelques années sujet à des paroxysmes de douleurs dans la région du rein droit, douleurs qui paraissaient descendre dans la direction de l'uretère du même côté, et qui cessèrent après la sortie, par l'urèthre, de quelques sacs membraneux (acéphalocystes) de différent volume, quelques-uns entiers, les autres rompus et vides. Il y avait des intervalles considérables entre les paroxysmes, pendant lesquels le malade jouissait d'une santé parfaite. Ces paroxysmes, qui revenaient tous les quatre à cinq mois, avaient augmenté de fréquence, et les hydatides avaient un volume plus considérable. Le malade souffrait de la sorte depuis dix ans au moment où on commença à l'observer. D'abord, l'expulsion des hydatides avait été suivie d'un sentiment de pesanteur, plutôt que de douleurs et de légers frissons. L'expulsion des hydatides avec une matière purulente finit par revenir jusqu'à cinq fois par an, accompagnée chaque fois d'augmentation de douleur et précédée d'un sentiment de plénitude dans la région du rein droit. Pendant trois mois, il y eut cessation des symptômes ci-dessus, qu'on attribua aux remèdes suivans prescrits par le docteur Lettsom : — ℞ *Ext. cicutæ et pilulæ sapon. â â* ʒ i, *fiant pil. xxiv. cap ii, omni nocte.* — ℞ *Elec. lenitiv.* ʒ i; *æthiop. mineral* ℥ ſs; *syrupi simpl. q. s. ut fiat elect. de quo cap. magn. nucis mosch. prout venter postulaverit.*— ℞ *Uvæ ursi* ℥ ii *coque ex aq. font.* ℥ ix *ad* ℥ vi. *sub finem coctionis addendo rad. glycyrrh.* ℥ ſs *et cola.*— ℞ *Liq. colati* ℥ iſs; *tinct. stomach.* ℥ i. *fiat haustus bis per diem sumendus.*

Trois années s'étant écoulées, le rapport dit qu'après des douleurs considérables dans le dos, il rendit encore plusieurs

hydatides d'un volume plus considérable, auxquelles adhérait un peu de sable ; il en rendit plusieurs à différentes périodes ; mais il avait éprouvé un tel amendement de l'usage de la prescription ci-dessus, et de la poudre d'uva ursi substituée à la décoction, qu'on pouvait espérer la guérison.

On peut rapprocher de ces observations les deux suivantes :

Une femme de 45 ans but pendant cinq semaines de l'eau alumineuse ; quatre semaines plus tard, elle éprouva des douleurs néphrétiques qu'elle n'avait jamais eues auparavant. Un mois après, elles se renouvelèrent et se répétèrent plus tard tous les jours. Ces douleurs étaient accompagnées d'une hématurie : douze hydatides furent évacuées avec l'urine ; elles avaient un pouce et demi de long et l'épaisseur d'un tuyau de plume d'oie. L'évacuation dura trois heures (1).

Un homme âgé de 30 ans, éprouvant des douleurs excessives dans les reins, après avoir pris de la térébenthine, évacua, avec l'urine, quinze hydatides remplies d'eau et de la grosseur d'une balle à fusil, elles étaient formées d'une membrane épaisse et transparente, et étaient tellement résistantes qu'elles ne pouvaient être crevées entre les doigts (2).

§ 870. On a vu, dans quelques cas rares, des kystes acéphalocystiques s'enflammer, s'ouvrir aux lombes par une ou plusieurs ouvertures, et ces fistules être suivies d'une guérison complète.

Obs. IX. — Hydatides évacuées par la région lombaire droite (M. Jannin, chirurgien à Vallières. — *Biblioth. médic.*, 3e année, t. x, année 1805, p. 111).

Au printemps de l'an XI, une fille de 19 ans, bien réglée, jouissant de la meilleure santé, sent se former peu-à-peu une tumeur dans la région lombaire droite. Pendant un an, cette tumeur s'accroît graduellement, sans produire d'autre incommodité que quelques élancemens dans la partie affectée. A la fin, la tumeur étant devenue volumineuse et les élancemens plus fréquens et plus douloureux, elle se détermina à consulter

(1) Davis *in* Phil. Trans., vol. XXII, n. 272, p. 897.
(2) Lossi. *Obs. med.*, lib. IV, obs. 58, Lond. 1762.

M. Jannin. La tumeur formait alors une élévation assez considérable, mais circonscrite, avec fluctuation sensible, quoique profonde; douloureuse sous la pression de la main et sans changement de couleur à la peau. Le siège du dépôt paraît à M. Jannin être situé sous l'aponévrose du muscle transverse, et, l'état florissant de la santé repoussant l'idée d'un dépôt par congestion, il se décide à en faire l'ouverture. Au lieu d'un amas de liquide, il y trouve une multitude d'hydatides sans pédicules, flottant isolées dans un fluide jaunâtre, et renfermées dans un kyste dont il fait extraction. Le lendemain, à la levée de l'appareil, il sort encore quelques hydatides de la plaie. Mais M. Jannin, après l'avoir sondée du doigt, ne croit pas devoir pousser ses recherches plus loin, et se borne à faire chaque jour des injections avec l'eau d'orge miellée, à panser avec le digestif et à faire usage de compresses imbibées d'eau et de vin. La cicatrisation avance rapidement, et paraît vouloir se former avant que le fond de la plaie soit entièrement consolidé, circonstance qui inspire quelques craintes à M. Jannin. Heureusement ces craintes ont été vaines, et, malgré le développement d'un érysipèle peut-être métastatique qui est venu troubler la nature dans sa marche, la malade a été complètement guérie dans l'espace d'environ quinze jours.

Obs. X. — Rhumatisme goutteux chronique, terminé par un abcès à la région lombaire gauche, qui renfermait près de six cents hydatides, par J.-B. Farradesche-Chaurasse, D. M. à Allanches (*Bibliothèque médicale*, onzième année, tom. XLIII, année 1814, p. 111).

Un homme, âgé de 68 ans, était sujet à des douleurs de rhumatisme vagues qui, depuis quatre à cinq ans, s'étaient fixées dans la cuisse et la jambe gauches. Il jouissait, à cela près, d'une bonne santé, lorsqu'il lui survint à l'aine gauche un gonflement du volume d'une noix, qui disparaissait et reparaissait alternativement. Au bout de quelques années, ce gonflement avait acquis un volume considérable et était accompagné de douleurs profondes, qui répondaient dans la région lombaire gauche, mais ensuite il disparut en peu de jours et fut remplacé par un large abcès dans la région lombaire, qui s'ouvrit spontanément

après avoir causé, pendant environ un mois, une grande gêne et de vives douleurs. Il en sortit une énorme quantité de pus de bonne qualité, au milieu duquel on distingua ***six petites vessies*** de forme arrondie et de diverses grosseurs, les moindres avaient le volume d'un grain de raisin, et les plus grosses égalaient un œuf. Elles étaient formées par une membrane assez forte, lisse à l'intérieur, inégale et floconneuse à l'extérieur. On les écrasait avec peine entre les doigts, et on en faisait sortir un liquide aqueux, inodore. Le lendemain et les jours suivans, chaque fois qu'on renouvela l'appareil, il sortit encore une multitude de ces vessies, avec une grande quantité d'une matière albumino-gélatineuse, semblable à la raclure que donne le cuir des tanneurs. Au bout de quelques jours, on observa que le liquide qu'elles renfermaient avait perdu sa transparence, et qu'il exhalait une odeur très forte d'œuf pourri. On fit quelques injections de miel rosat, et on appliqua sur l'ouverture un plumasseau enduit de baume d'Arcœus. Ce pansement fut continué jusqu'à parfaite guérison, c'est-à-dire pendant un mois et demi.

§ 871. La pyélite et la néphrite sont de toutes les lésions rénales celles qui accompagnent le plus fréquemment les kystes acéphalocystiques ; viennent ensuite les calculs rénaux qu'on a vus plusieurs fois compliquer la présence des hydatides.

Obs. XI. — Point de traces du rein droit ; acéphalocystes et calculs dans le rein gauche. Blackburne (Lond. Med. journ., 1781, vol. 1, p. 126. — Meckel. *Pathol. anat.*, vol. II, sect. 2, p. 428, 429).

Un homme tomba du haut d'une table, et depuis ce moment éprouva continuellement des douleurs violentes dans le rein gauche. Quelques semaines plus tard, il rendit avec l'urine plusieurs petites hydatides, et d'autres ensuite de la grosseur d'un œuf de poule. Quatre ans après, le malade mourut, et on ne trouva du côté droit aucune trace de rein, ni d'uretère. Le rein gauche était trois fois plus grand qu'à l'ordinaire ; le bassinet, très distendu, était rempli en partie par une grosse pierre, mais principalement par un liquide épais et plusieurs hydatides.

Obs. XII. — Acéphalocystes et calculs rénaux (Chopart. *Traité des mal. des voies urinaires*, t. 1, p. 144).

Desault a trouvé des hydatides avec des pierres dans le rein gauche d'un enfant de 4 ans. Ce rein était couvert de beaucoup de graisse; sa substance charnue était dense et mince; les calices, le bassinet et les uretères contenaient un grand nombre d'hydatides, qui en avaient excessivement distendu les parois. Ces parois étaient blanchâtres et avaient plus de fermeté et d'épaisseur que dans l'état naturel. Nous avons examiné avec soin ces hydatides : il y en avait de la grosseur d'une aveline, d'autres étaient moins grosses. Nous en avons vu de naissantes ou si petites qu'il y avait lieu de penser qu'elles étaient formées depuis peu de temps, et celles-ci adhéraient un peu à la surface interne des conduits urinaires, tandis que les plus grosses étaient libres. Quelques-unes contenaient une humeur muqueuse et trouble ; d'autres renfermaient un calcul blanchâtre, de la grosseur et de la forme d'un pois, d'un haricot. La plupart avaient leur kyste ou sac formé de deux lames concentriques unies par un tissu fibreux. Dans d'autres hydatides, le kyste était mince, se rompait facilement et ne paraissait être qu'une simple concrétion lymphatique, sans avoir le caractère de membrane. Il y avait dans la vessie plusieurs pierres ovalaires blanchâtres et friables. Cet enfant avait été taillé trois jours avant sa mort, et l'on avait extrait quelques pierres de la même espèce.

Maladies des vaisseaux des reins.

§ 872. On n'a encore recueilli qu'un bien petit nombre d'observations sur les maladies des vaisseaux des reins. Je me bornerai à citer, ici, quelques observations relatives aux lésions des artères et des veines. Les altérations des vaisseaux et des ganglions lymphatiques seront spécialement mentionnés dans l'histoire du cancer des reins et dans celle de la dégénération tuberculeuse de ces organes.

Lésions des artères rénales.

§ 873. Les artères rénales offrent quelquefois des dispositions

anomales. Palfin (1) rapporte qu'en 1705, il disséqua un soldat dont le rein gauche recevait deux artères émulgentes. Chez un diabétique, j'ai vu chacun des reins recevoir deux artères rénales.

§ 874. J'ai vu, sur un rein de vieillard, une artère rénale *d'un très grand calibre*, et dont la membrane interne présentait des rides transversales, très prononcées. Le rein, dans lequel se distribuait cette artère, était d'un sixième plus pesant que son congénère, qui recevait une artère d'un moindre calibre. Cependant il n'existe point de rapport constant entre le volume des reins et celui des artères qu'ils reçoivent. Ainsi, chez un autre vieillard, les artères rénales étaient très développées, et les deux reins ensemble ne pesaient pas huit onces.

§ 875. Chez un autre vieillard, j'ai trouvé les artères des reins *cartilagineuses*, et une des principales branches était complètement *ossifiée* et oblitérée. Il y avait des vésicules et de petits kystes dans la substance corticale, et des corps cartilagineux, du volume d'une lentille, dans la substance tubuleuse. Chez un autre vieillard, atteint de gangrène sénile, l'artère rénale était ossifiée, dilatée sur un des côtés de ses parois.

§ 876. On a plusieurs fois observé l'*anévrysme* des artères rénales. Ploucquet indique deux exemples de cette lésion; mais l'un, celui qu'il attribue à Julien (2), est un cas incomplètement décrit, et dans lequel on crut que les artères spermatiques, et non les artères rénales, étaient anévrysmatiques. Le titre de l'autre observation (3) est très positif, mais je n'ai pu me la procurer. Les observations suivantes établissent suffisamment l'existence de cet anévrysme.

M. Audouard (4) rapporte que, chez un cheval qui avait eu un effort de reins, il trouva après la mort le rein gauche induré et

(1) Palfin. *Anat.*, tom. I, p. 153.

(2) *Journal de méd.*, t. XIII, p. 359.

(3) Titius. *Pr. anevrysmatis arteriæ renalis sinistri exemplum*, Wittemb. 1798.

(4) *Recueil de méd. vétérin.*, 1824, p. 358.

formant une masse carcinomateuse de la grosseur d'une tête d'homme. Un anévrysme du volume de l'aorte existait dans l'artère rénale du même côté. M. Gendrin (1) dit qu'il a observé une hématurie qui tirait son origine d'un anévrysme rompu de l'artère émulgente, à la surface duquel une adhérence s'était établie avec la cavité du bassinet du rein, et avec l'origine de l'uretère gauche.

Obs. I. — Tumeur anévrysmale de l'artère émulgente du côté gauche (Obs. par Dourlin. *Journal de chirurgie et de médecine*, vendémiaire an XII, t. VII, p. 252).

Claude-Denis Lamarche, célibataire, âgé de 54 ans, tempérament bilieux sanguin ; yeux noirs, saillans et pleins de feu ; caractère vif et emporté.

Entré à l'hôpital le 30 prairial dernier, il se plaignait d'éprouver, depuis deux mois environ, une gêne considérable dans l'hypochondre gauche, qui l'empêchait de pouvoir rester couché sur ce côté : il rapportait la cause de son mal à des obstructions qu'il supposait être le résultat du chagrin que lui avait occasioné une perte d'argent qu'imprudemment il avait confié à des débiteurs infidèles et insolvables. Il ne pouvait marcher sans éprouver de temps à autre des rétractions fortes et subites du testicule gauche, accompagnées de douleur qui lui arrachaient des cris même involontaires. Il était habituellement constipé, et ne pouvait évacuer que par lavement. Au total, son appétit était bon, il digérait assez bien. Il se plaignait aussi de ne pouvoir dormir au-delà de trois ou quatre heures : toujours son sommeil était fatigant et interrompu.

J'examinai le ventre, et je trouvai effectivement une élévation assez prononcée dans toute l'étendue de l'hypochondre et de la région lombaire gauches. L'abdomen me parut un peu tendu et légèrement œdématié. Je le palpai en tous sens, cherchant à découvrir quel pouvait être l'organe affecté. Ne trouvant rien

(1) Gendrin. *Traité philosophique de médecine pratique*, t. I, pag. 247.

dans le narré du malade, ni dans l'observation, qui pût me conduire à la vérité, je me bornai à lui prescrire un régime doux. Je le mis à l'usage des pruneaux et de la crême de tartre, espérant vaincre par ces moyens la constipation qui avait toujours lieu; j'employai aussi d'autres remèdes analogues, et différens topiques, mais en vain; je n'apportais aucun soulagement. Le volume du ventre prenait de l'accroissement, le côté gauche continuait à être plus saillant que le droit : le malade éprouvait de temps à autre des douleurs insupportables; j'ordonnai d'appliquer sur la partie un vésicatoire, que je supprimai au bout de quinze jours, ne voulant point ajouter aux souffrances de ce pauvre malheureux. Enfin ne voyant aucun moyen de traitement réussir, je pris le parti d'abandonner pendant quelque temps le malade aux soins de la nature.

Cependant les accidens augmentaient chaque jour. Les urines, qui jusque-là n'avaient cessé de couler en proportion des boissons, devenaient plus rares et plus chargées; le malade souffrait pour les rendre; il ressentait une douleur constante à la région des reins; il lui semblait que c'était là le siège du mal. Son appétit diminuait. On sentait une légère fluctuation dans l'abdomen, et le malade, qui se croyait hydropique, me sollicitait vivement pour qu'on lui fît une ponction; mais, rien n'indiquant ce moyen, je l'éloignai toujours, bien persuadé que la mort seule pouvait mettre un terme à un accident qui n'offrait que des signes obscurs et incertains. Effectivement ce terme prochain fut spécialement annoncé, le 26 fructidor dernier, par des syncopes fréquentes, des vomissemens spontanés, un hoquet fréquent... la mort.

Autopsie cadavérique.—État extérieur. Face terreuse, légèrement grippée, d'une couleur terne tirant sur le jaune, ainsi que toute l'habitude du corps; les extrémités supérieures et inférieures très amaigries : bas ventre légèrement œdématié; hypochondre gauche plus élevé que le droit.

État intérieur. Rien de remarquable dans l'état du cerveau et des organes de la poitrine.

A l'ouverture des parois de l'abdomen, je trouvai un épan-

chement séreux dans la cavité péritonéale. La masse intestinale correspondante était rejetée en avant par une tumeur très volumineuse, qui occupait tout l'hypochondre et la région lombaire gauche, adhérente par son extrémité supérieure à la rate qui se trouvait refoulée en haut sous le diaphragme, et s'étendait en bas par sa base jusque dans la fosse iliaque du même côté. Sa forme ressemblait à un ovale allongé, d'une couleur bleuâtre et d'une capacité propre à contenir 3 livres de liquide environ.

Après avoir dégagé la tumeur de toutes ses parties environnantes, j'aperçus qu'elle avait son point d'union avec l'artère aorte ventrale et sa veine cave inférieure. Je séparai l'une et l'autre, et je reconnus de suite que l'artère émulgente, par l'effet de la dilatation qui commençait immédiatement au sortir de l'aorte, avait formé la nature de la tumeur, qui était un sac anévrysmal. J'incisai ce dernier, et, lorsqu'il fut vidé du sang qu'il contenait, je fus étonné de voir qu'il ne formait pas une poche unique, du côté où le rein existait autrefois; mais bien, qu'elle présentait quatre ouvertures, ayant des espaces plus ou moins éloignés les uns des autres, et toutes d'une grandeur différente, avec des bords lisses et arrondis, qui conduisaient dans d'autres cavités plus ou moins volumineuses : l'une d'elles communiquait aussi à une autre arrière-cavité.

En poussant plus loin mes recherches, je trouvai, dans les enfoncemens pratiqués dans les parois de ces mêmes cavités, une infinité de petits grains noirs, parfaitement ronds, composés intérieurement de couches dures, concentriques, blanchâtres et enveloppés en dehors d'une matière ressemblant à la partie rouge du sang devenue concrète. Plusieurs de ces concrétions amassées figuraient une espèce de végétation en manière de coraux, et étaient adossées à un corps ossifié en partie, ayant le volume de la dernière des phalanges du petit doigt, aussi recouvert, dans le point qui correspondait dans une des moitiés du sac anévrysmal, de la même concrétion sanguine. La veine émulgente, dont le volume n'était point augmenté, et qui avait conservé la même direction, se divisait dans les cloisons des différentes arrière-cavités : quelques-unes de ces

divisions se portaient à une espèce de corps glanduleux que je pris d'abord pour le rein, tant il lui ressemblait pour la forme; mais en l'examinant de plus près, je vis bientôt qu'il n'était autre qu'un amas de glandes lymphatiques engorgées. Je cherchai, mais en vain, quelque trace ou vestige du rein: il n'en existait plus. L'artère était tellement retirée qu'il me fut impossible de découvrir la moindre cavité. Le rein droit était un peu plus volumieux que dans l'état naturel. Les autres viscères ne présentaient rien de remarquable, sauf la portion transversale du colon qui était singulièrement rétrécie.

Obs, II. — Aneurysma arteriæ magnæ et utriusque emulgentis post resectionem testiculi, et aliud ferè consimile ex lapsu ab equo (Obs. Danielis Nebelii, *Ephem. nat. cur.*, cent. IX, obs. 59, p. 142).

Vir triginta et aliquot annorum, temperamenti sanguinei et corporis robusti, in cœlibatu vivens, contraxit ex frequenti equitatione testiculi dextri scirrhum, qui nullis remediis tam internis, quam externis, à me et aliis medicis præscriptis cedens, sensim ad pugni magnitudinem excrevit, et tandem ab herniotomo totus testis cultro feliciter resectus, factaque dein ejus incisione jam interius corruptus visus fuit. Ab eo tamen tempore dolor tensivus in dextra lumborum regione juxta ductum vasorum spermaticorum molestus fuit, qui per duos fermè annos paulatim cum sensu ardoris et pulsationis auctus totumque crus dextrum occupavit, et utriusque dein tumorem œdematosum, nec non ventriculi et intestinorum flatulentam ac dolorificam distensionem, nauseam, dysorexiam, oris amaritiem et crebros ructus murmuraque ventris intulit, somnum turbavit, et febrem lentam, respirandique difficultatem produxit, quæ tandem præterito autumno vitæ finem imposuit, postquam media æstate aqua thermalis Wisbadensis sine levamine hausta, et dein plurima remedia frustra in usum vocata fuerunt. Die XII, sept. anni MDCCXVIII, corpus defuncti cultro anatomico subjectum exhibuit: 1° Omentum maximam partem absumtum, contractum atque lividum. 2° Ventriculum flaccidum et sine labe. 3° Renem dextrum putridum, cui, ut et vicinis lumborum partibus, adhæsit anevrysma, proximæ arteriæ magnæ ex tenaci-

bus et rubicundis membranis hic illic corruptis et coagulato serosoque sanguine repletis constans, quod decem circiter librarum pondus æquavit et ventriculum sursum versus diaphragma pressit. 4° Renem sinistrum per se quidem illæsum, sed cui annexus fuit tumor subrotundus, mediocris pomi magnitudine, intus ex pluribus tunicis constans et cruore materiaque tartarea refertus. 5° Pulmonis lobum dextrum, et subjectum hepar inflammatum atque gangræna infectum. Et hæc quidem ita a medico ordinario sectionem corporis instituente relata fuerunt, quæ tamen minus accuratam partium læsarum descriptionem exhibent, licet ex omnibus circumstantiis satis, me judice, pateat, post resectum testem dextrum sanguinis circuitum primo per arteriam spermaticam illius lateris et postea per aortam eo in loco, ubi hæc arteria suum habet exortum, tandemque in utraque arteria emulgente et lobo pulmonis dextro arteriaque hepatica fuisse retardatum, cruorem illic collectum, atque ita anevrysma arteriæ magnæ et utriusque emulgentis productum.

Consimile fere anevrysma in magni nominis medico, fautore et amico quodam meo desideratissimo, die XXIV, novembris, MDCCXVII, defuncto, per anatomiam detectum fuit. Postquam enim ille ante IV annos cum equo, quo vehebatur, præcipite cecidit in sinistrum dorsi latus, inde dolorem illius partis continuum sensit, primo quidem mitiorem, sed sensim magis auctum, adeo ut ab initio nephritidem ex calculo, postea rheumatismum adesse putarit, tandemque ineunte mense novembri, quo dolor accrevit et cum pulsatione continua in loco affecto, simul citra externas inflammationis notas intumescente, anevrysma subesse dixerit, ac spem recuperandæ sanitatis amiserit, suborto subitaneo et vehementi dolore in loco tumente, repente mortuus. Aperto corpore, deprehensum in cavi abdominis latere sinistro anevrysma caput triennis infantis magnitudine quodammodo referens, cui incumbebat intestinum colon huic tumori annexum et ea parte lividum : in dissecto tumore concavo et internis membranis distincto coagulatoque sanguine repleto hæsit ren sinister flaccidus et putridus : arteria magna supra et infra anevrysma, ut et vena cava cum ramis lateralibus sanguine fuit exinanita, in ipso autem anevrysmate fora-

men duorum digitorum latitudine visum fuit, e quo sanguis copiosus imminente morte in cavitatem abdominis effluxit, subitoque vitam extinxit: reliqua viscera tam medii, quam infimi ventris sana ac illæsa fuerunt.

Obs. III. — De ingenti anevrismate spurio, dextro in latere abdominis post lapsum (Dn. D. Ludovici Rouppe : *Nova acta physico-medica*, t. iv, p. 67, 1770).

In portu Gaditano, in Andalusia, die 28 octobre, an. 1759, retrorsum in marginem scaphæ cecidit, dum hunc a littore ingredi volebat, remex juvenis robustissimus, nomine Peter Veldhuisen. Impetum et totam vim lapsus sustinuit lumbaris regio dextri lateris, in qua immanem experiebatur dolorem, ut ramum movere nequiverit, licet ex alto non ceciderit. Post integram a perpesso hoc lapsu horam deferebatur in navem, de *Princesse Carolina* dictam, ubi a chirurgo examinabatur, qui mihi retulit, se juxta lumbares vertebras, proxime supra superiorem marginem ossis ilei, maculam lividam, latitudine palmæ manus, dextro in latere, invenisse. Ut ergo sauciato venam in brachio aperiret, splenium, aqua vulneraria seu sclopetaria Gallorum madefactum, contusioni imponeret, fasciaque firmaret, ac dein illum in lectulum suum nauticum collocari curaret, chirurgo præcipi. Post aliquot horas sauciatum adivi, qui de immanibus lumborum doloribus conquerebatur; lumbos examinavi, sed præter jam dicta nihil inveni. Accessit interim chirurgus, urinam, quam æger brevi post lecti introitum reddidit, ostendens. Erat hæc carnis loturæ similis, monstrabatque in fundo vasis filamenta quædam sanguinea, nigra fere, sed non admodum copiosa. Pulsus et cutis calor naturali parum videbatur major. Sanguinem mitti iterum et ptisanam ex hordeo et liquiritiæ radice paratam, cum nitri pauxillo præscripsi pro potu ordinario; ægro autem quantum fieri posset, ut quietum se teneret, suasi.

Sequenti die, quum mane eum visitarem, narravit, se parum dormivisse, dolores autem multo remissiores esse, ita, ut dum tranquillus jaceret, levem tantum sentiret dolorem pulsantem, qui quasi cum intestinis consentiret. Pulsum habebat mollem,

ceterum naturalem; urinam bis reddidit, sed non amplius sanguinolentam. Nihilominus venam internam aperiri jussi, prescripsique tenuem diætam, et ægro ulteriorem tranquillitatem accuratam commendavi, eo cum succesu, ut post aliquot dierum intervallum surrexerit, sine aliis symptomatibus, consilium de conservanda tranquillitate, ipsi impense commendata, negligens et vilipendens. Quinto demum die novembris, vel nona post lapsum, dum lectum ingredi volebat, magnum dolorem in lumbis sentit. Erat id circa octavam vespertinam horam; media nocte evocatus, ægrum adivi, eumque valde anxium, ac de diris abdominis et lumborum doloribus conquerentem, cum facie admodum pallida exilique pulsu, frigentibus membris, inveni. Præter hæc oscitavit frequentissime, potumque petiit ardenter, seque moriturum dixit. Abdomen examinavi, id tumefactum valde, dextrumque latus durum, sinistrum molle, inveni; totum etiam ventrem sine ulla querela tangi sinebat. Brevi post accesserunt animi deliquia, artuum tremores, convulsiones, sudore frigido perfundebatur, respiratio evadebat admodum suspiriosa, de aurium tinnitu atque visus hebetudine conquerebatur. Tandem circa sextam matutinam, deficiente pulsu et loquela, membra adhuc aliquoties erexit, animamque dein reddidit.

Circa vesperam ejusdem diei abdomen aperui, in quo tumorem ingentem durum et nigrum, intestina sinistrorsum pellentem, capite adulti hominis majorem, totum fere dextrum abdominis latus occupantem, a sanguine ibi sub peritoneo effuso ortum, inveni. Tumorem hunc incisione longitudinali aperui, et sanguinis coagulati ingentem copiam inde manibus exemi; dum autem hoc fiebat, non exigua simul quantitas aquæ rubellæ exinde effluxit, cum parvis sanguinis grumis permixtæ. Remotis coagulis, quantum sine laceratione fieri poterat, alterum tumorem, priore longe minorem, in hoc ipso instar nuclei contentum, peculiari, et quidem sat firma membrana inclusum, inveni. Aperui et hunc tumorem, ex eoque coagula sanguinea quædam extraxi, prioribus firmiora, colorisque saturatioris vel nigricantis. Coagula autem hæc in uno non continebantur sacculo, sed erat hic in varias cellulas per membranulas divisus.

Tandem aperta ultima membrana, apparuit ren sanguine nigerrimo et tenacissimo circumfusus. Cadaver dein in sinistrum latus posui, sanguinemque, quantum poteram, ablui, peritoneum, quod a corporibus vertebrarum lumbaram jam erat separatum, ulterius adhuc separavi, donec vasa majora in conspectum prodirent. Hoc facto, flatum in renalem vel emulgentem arteriam mediante tubo incurvato immisi, unde arteria hæc ad renem usque intumescebat; cum parum urgerem flatum, in exitum ex rene illo in loco, ubi arteria hæc renem ingreditur, invenit, ibique apparuerunt bullulæ æreæ, ex rene uti videbatur, prodeuntes. Tandem renem cum involucris suis exemi, abluique, et arteriam renalem iterum flatu distendi, statimque in renis ingressu eam vulneratam esse deprehendi. Sanguis insuper secundum vasorum tractum in renem penetravit, quod hinc inde in facie externa quoque notabatur, unde vulneratus ille videbatur; post exactam autem cum aqua repurgationem, disparuit iterum vulnus, ita ut externam membranam renis capsulæ ab interna omnino divisam equidem invenerim, sed vulnus in renis substantiam penetrans revera me detexisse, affirmare non audeo.

Quamquam malum hoc arte videatur majus, forsitan tamen frequentiori et copiosiori sanguinis missione in ejus initio, et quiete accurata observata, meliora fata sperari potuisse, sectio anatomica docuit.

Maladies des veines rénales.

§ 877. Je me borne à rappeler, ici, que les veines rénales peuvent offrir plusieurs *anomalies* (1). De Bligny rapporte que Deslandes, ayant ouvert le cadavre d'une femme, trouva d'un côté que la veine et l'artère émulgentes se bifurquaient, que leurs bifurcations se terminaient à un même rein, qui avait deux bassinets et deux uretères; l'autre rein avait sa conformation naturelle. On a plusieurs fois trouvé la veine émul-

(1) *Journal de Médecine*, t. IV, p. 131.

gente double et triple, et cela plus souvent du côté droit que du côté gauche. J'ai moi-même observé plusieurs cas de ces anomalies.

Dans deux cas de diabètes, les veines rénales m'ont offert un *développement* anomal. Chez un vieillard, les veines qui se distribuent à la base des pyramides d'un des reins, étaient si larges qu'elles simulaient de véritables *sinus*. Ce rein n'offrait d'ailleurs rien autre de particulier que deux petits kystes dans la substance corticale.

§ 878. J'ai figuré (ATLAS. Pl. L.) plusieurs cas *d'inflammation des veines rénales* (1); dans ces vaisseaux, l'inflammation se montre à tous ses degrés et sous toutes ses formes.

Chez un adulte, j'ai vu un petit caillot fibrineux dans une vésicule de la substance d'un rein induré, mamelonné, à la suite d'une néphrite chronique. Dans un autre cas cité plus haut (§ 756, fistule rénale dans le duodénum, OBS. V), la veine rénale avait aussi participé à l'inflammation du rein, et la cavité en était obstruée par un caillot fibrineux. Dans plusieurs cas de néphrite albumineuse (OBS. XXXIII) j'ai vu également les veines rénales occupées par des concrétions fibrineuses et leurs parois épaissies.

§ 879. Chez un nouveau né, le rein droit était sain, les vaisseaux n'offraient rien d'anomal. Le rein gauche (ATLAS Pl. XXXIII, fig. 6) était plus volumineux; la substance corticale était d'un rouge très prononcé à l'extérieur, comme dans la première période de la néphrite aiguë; la substance tubuleuse était elle-même d'un rouge violacé. La veine rénale était remplie par un caillot fibrineux, en partie décoloré comme s'il eût été d'une formation ancienne. Les veinules qui partaient de ce tronc, et leurs principales divisions apparaissaient comme si

(1) L'inflammation des veines des reins n'a été bien étudiée que dans ces derniers temps. Toutefois, quelques cas anciennement publiés sous d'autres noms, paraissent se rapporter à cette maladie. Ainsi Alexandre Knips désigne, sous le nom de *polypes*, des concrétions fibrineuses, observées dans les vaisseaux des reins (*Ephem. nat. cur.*, dec. III, ann. I, app., p. 107).

elles eussent été distendues par une injection; les unes contenaient des concrétions fibrineuses décolorées; les autres des concrétions fibrineuses rougeâtres.

§ 880. L'inflammation des veines rénales peut coïncider avec une néphrite ou une autre altération des reins. D'autres fois au contraire, elle est consécutive à une inflammation de la veine cave ou de la veine ovarique.

Chez une jeune femme âgée de 28 ans, morte avec une anasarque, les deux reins avaient un volume très considérable. Le poids de chacun d'eux était d'environ douze onces; ils étaient décolorés, d'une teinte jaunâtre. La membrane propre était extrêmement mince, comme si elle eût été amincie par la distension. Les lobes des reins étaient fortement dessinés et séparés par des lignes distinctes; dépouillés de leur membrane propre, ils paraissaient très lisses et humides. Leur grosse extrémité, la supérieure, offrait de petites étoiles vasculaires disposées en groupes. Il y en avait aussi quelques-unes sur l'extrémité inférieure; mais elles étaient beaucoup plus rares. Les reins semblaient imprégnés d'un liquide séreux; divisés de leur grande courbure; à leur scissure, une assez grande quantité de liquide aqueux s'est écoulée sur presque tous les points. Les stries de la substance corticale étaient distinctes. La substance tubuleuse était d'un beau rouge. Les artères, les ganglions et les nerfs n'offraient rien de particulier; mais les deux veines rénales présentaient une altération très remarquable. Leur tronc, leur première et leur seconde division en arcade étaient remplies de concrétions fibrineuses, d'un blanc jaunâtre, très solides. De la veine rénale on pouvait extraire des concrétions blanchâtres, dont le centre offrait un petit conduit que le sang pouvait traverser. Ce caillot était rougeâtre à l'extérieur et blanchâtre à l'intérieur, les veines rénales n'étaient pas sensiblement épaissies. Il est probable que l'augmentation du volume des reins et l'humidité de leur tissu étaient la suite de cette affection des veines rénales.

Les capsules surrénales et les uretères étaient dans l'état sain, la vessie contenait peu d'urine. L'utérus était sain, il y avait deux petits kystes dans un des ovaires, l'estomac et l'intestin

grêle n'offraient pas de lésions notables. Le gros intestin était sain jusque vers le rectum; mais ce dernier était labouré par une ulcération inégale, à fond grisâtre, qui communiquait avec le vagin par deux ou trois fistules. La membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux étaient détruits. Quelques tubercules de la dimension des tubercules syphilitiques existaient à la marge de l'anus. Le foie très volumineux offrait plusieurs points d'anémie superficielle; en outre, il était un peu mou. La rate était assez volumineuse. Il y avait pleuro-pneumonie du côté droit. Le cœur était sain; une certaine quantité de sérosité était épanchée dans le péritoine.

§ 881. Dance a aussi rapporté un cas d'inflammation de la veine rénale dans un cas de néphrite (1).

Un maçon, âgé de 25 ans, ayant fait une chute d'un second étage, le 11 août 1828, fut apporté immédiatement à l'hôpital Beaujon, où il succomba le 7 septembre, après avoir présenté des symptômes qui annonçaient une fracture de la colonne vertébrale et une contusion ou compression de la moelle épinière, vers sa partie inférieure, savoir: une saillie insolite au niveau de la première et de la dernière vertèbres lombaires, jointe à une paralysie des extrémités inférieures, du rectum et de la vessie. Le même malade avait en outre une fracture compliquée de plaie à l'avant-bras droit.

A l'ouverture du cadavre on trouva les lésions suivantes. *A l'extérieur :* amaigrissement considérable; muscles pâles et flasques; eschare au sacrum; plaie profonde correspondant à la fracture de l'avant-bras (laquelle intéressait le radius et le cubitus à leur partie inférieure, et ne présentait encore aucun travail de consolidation); fracture du corps de la première vertèbre lombaire, de l'apophyse épineuse, des lames de la même vertèbre et de son apophyse transverse droite; suppuration autour des fragmens de la fracture; résorption d'une partie de leur substance, et par suite écartement des fragmens composant le corps de la vertèbre; contusion de la moelle épinière au niveau de la fracture.

(1) *Archiv. gén. de méd.*, t. XIX, p. 24.

Tête. Un peu de sérosité épanché dans la cavité des ventricules; substance cérébrale molle et très pâle; injection assez forte de la pie-mère.

Poitrine. Poumon droit sain, mais partout adhérent à la plèvre costale. A gauche, épanchement de deux à trois cuillerées de sérosité dans la cavité de la plèvre, dont la surface était injectée en rouge brun vers les parties latérales inférieures de la poitrine. Dans le lobe inférieur du poumon du même côté existaient trois à quatre petites masses blanchâtres qui formaient autant de foyers purulens, dont le plus volumineux aurait contenu un grosse aveline. La substance pulmonaire environnante était exempte d'ulcération.

Abdomen. L'extrémité supérieure du rein gauche contenait un abcès de même nature et de même dimension que ceux du poumon; il était situé tout-à-fait superficiellement: cet organe du reste était sain partout ailleurs. La veine rénale gauche passait derrière l'aorte, disposition anomale qui n'était point la seule particularité qu'elle présentât; sa cavité était en effet recouverte d'une couche de pus, commençant à s'organiser en fausse membrane; ses parois étaient épaissies, sa membrane interne avait perdu son poli naturel et offrait une couleur rougeâtre; de plus, toutes les petites veines qui rampent dans l'épaisseur du muscle psoas gauche, laissaient couler du pus de leurs cavités, quand on les comprimait; mais leur calibre était trop petit pour qu'on ait pu s'assurer positivement si leurs parois présentaient quelque altération. Le rein et la veine rénale droite étaient dans l'état naturel. Le foie et la rate n'ont rien présenté de particulier. La membrane muqueuse de l'estomac offrait plusieurs plaques d'un rouge vif, et çà et là une couleur marbrée et ardoisée; les intestins étaient entièrement sains.

§ 882. J'ai vu chez un nouveau-né un rein parfaitement sain, dont la veine contenait du sang liquide, tandis que la veine du rein du côté opposé et qui présentait inférieurement une anémie remarquable, contenait un caillot fibrineux. Ce caillot se prolongeait dans les branches de la veine qui se distribuaient dans la portion décolorée de la substance rénale.

§ 883. Dans le cancer de l'utérus et dans quelques maladies

des ovaires, la veine ovarique s'enflamme et le mal gagne la veine rénale. Madame Rouland, âgée de 48 ans, veuve, sans état, née à Rouen, atteinte d'une ulcération cancéreuse large et profonde de l'utérus, d'une hydropisie des membres et d'une cachexie générale, fut apportée mourante à l'hôpital de la Charité le 7 septembre 1836, et y mourut le 12 du même mois. A l'autopsie du cadavre, je trouvai la veine rénale du côté gauche et ses divisions remplies par un caillot fibrineux, en partie d'un rouge-noir, en partie décoloré. Ce caillot ne se continuait point dans la veine cave; mais il se prolongeait dans toute l'étendue de la veine ovarique du même côté et jusque dans les ramifications de cette veine dans l'ovaire. Il y avait également des caillots dans les veines utérines; les parois de la veine ovarique et de la veine rénale étaient épaissies. Du reste, le rein avait son apparence naturelle.

L'utérus pesant et incliné en arrière, comprimait le rectum et occupait toute la cavité du petit bassin. Le museau de tanche présentait un large ulcère à surface inégale, fongueuse, grisâtre, parsemée de points rouges. La portion du vagin qui embrasse le col de l'utérus était fortement injectée et tachetée d'ecchymoses; la membrane muqueuse était épaissie. Les dimensions de la cavité de l'utérus n'étaient point augmentées; le volume de la moitié gauche de cet organe était plus considérable que celui de l'autre moitié; ses parois avaient plus de dix-huit lignes d'épaisseur. Vu à la loupe, le tissu de l'utérus paraissait formé d'une trame fibreuse, dans les mailles de laquelle était déposée une matière à demi liquide, d'un blanc grisâtre, qu'on pouvait exprimer par la pression et semblable à certains fromages pour la couleur et consistance. Le côté gauche de l'utérus était plus ramolli que le côté droit. La partie ulcérée du col était tellement ramollie, que, pressé entre les doigts, le tissu de l'utérus altéré, s'écrasait et se réduisait en pulpe ou en un détritus d'un blanc grisâtre, parsemé de points rouges. Les veines du rein droit ne contenaient point de caillots. La vessie était saine, le foie, la rate et l'intestin n'offraient point d'altérations. Il y avait un peu de sérosité dans les plèvres.

§ 884. Chez une femme âgée, morte d'un cancer de l'estomac, la veine rénale du rein gauche était oblitérée par un caillot fibrineux; ses parois étaient épaissies; la fibrine en partie décolorée offrait des portions blanches et rouges. Ce caillot partait de la veine cave, qui contenait du sang liquide, et se prolongeait dans plusieurs arcades de la veine rénale. L'artère rénale était saine; le rein, d'un petit volume, avait sa consistance naturelle; sa surface était parsemée d'une multitude de petits kystes séreux et transparens; l'uretère était dans l'état normal.

Le rein droit, également d'un petit volume, parsemé d'un grand nombre de kystes, était placé plus bas que de coutume, et reposait par son extrémité inférieure sur la partie supérieure de la fosse iliaque. La capsule surrénale était restée au-dessous du foie, dans sa place ordinaire.

§ 885. Dans le cas suivant il y avait à-la-fois inflammation de la veine ovarique, de la veine rénale et de la veine cave inférieure. Une jeune femme, entrée à l'hôpital de la Charité, au mois de février 1835, avait éprouvé, trois semaines après un accouchement naturel, du gonflement au membre inférieur droit, avec douleur dans la région inguinale et dans la direction des vaisseaux de la cuisse. Le gonflement et la douleur persistèrent quelque temps. Une semaine après, la douleur se fit sentir à l'aine du côté opposé, et il se manifesta un gonflement œdémateux à la partie supérieure de la cuisse, et qui s'étendit à tout le membre. Pendant cet intervalle, on avait fait des applications de sangsues et de cataplasmes, et la douleur avait disparu presque entièrement. La douleur revint une seconde fois, et les deux membres furent œdématiés. Huit jours avant la mort, l'œdème avait peu-à-peu diminué; on ne sentait plus la corde veineuse qu'on avait observée dans le jour de la maladie. Cette femme succomba le 7 mars.

Autopsie du cadavre trente-six heures après la mort. — *Etat extérieur.* Maigreur extrême, membre inférieur droit un peu œdamatié. *Tête :* cerveau, cervelet et moelle allongée sains. *Poitrine*: un peu de sérosité limpide dans le péricarde; cœur sain. Sommet des deux poumons adhérent à la poitrine.

Tubercules infiltrés et quelques petites excavations dans les lobes supérieurs des poumons. Membrane muqueuse de l'estomac un peu arborisée à son grand cul-de-sac. Membrane muqueuse du jéjunum blanchâtre; vers la fin de l'iléon huit à dix ulcérations arrondies, ayant depuis deux lignes jusqu'à cinq lignes de diamètre, à bords saillans, comme déchiquetées et sans rougeur. Dans le cœcum et le colon, jusque vers la partie moyenne de la portion transverse du gros intestin, douze à quinze ulcérations, dans une longueur de dix pouces. A partir de la valvule iléo-cœcale on voit des vaisseaux injectés ramper sous la membrane muqueuse et dans son épaisseur. Les ulcérations dans le cæcum sont en voie de guérison; les bords en sont affaissés et la membrane muqueuse forme, tout autour, de petits plis comme si elle avait été tirée vers un centre. Le foie volumineux et pâle a les apparences du foie gras des phthisiques. Rate saine. La veine porte et les veines du foie sont libres et sans caillots. La veine cave inférieure, depuis son origine jusqu'un peu au-dessus de l'origine de la veine rénale droite, est remplie par un caillot. Au-dessus elle contient du sang noir. Les veines iliaques primitives, les veines iliaques externes et internes, toutes les branches qui en partent, les crurales, les saphènes internes dans une partie de leur trajet, toutes les veines profondes des membres inférieurs sont remplies de caillots qui les distendent comme si on les avait injectées. La veine ovarique et la veine rénale du côté droit sont également obstruées par des caillots. Les veines qui forment un plexus autour du vagin contiennent des caillots que l'on peut suivre jusque dans la matrice. Dans la veine cave le caillot adhère peu à la membrane interne de ce vaisseau; il est cylindrique comme la veine, excepté à la partie supérieure, au-dessus de la veine rénale droite où il s'amincit et n'occupe qu'une petite partie du calibre de la veine. Ce caillot se prolonge dans la veine rénale et dans la veine ovarique droites. Dans la veine cave il est blanc et seulement recouvert de quelques petites couches rougeâtres de sang, plus récemment coagulé. Au centre de ce caillot on voit de petites anfractuosités non disposées en canal régulier, mais qui communiquent entre elles. D'une de

ces loges s'écoule une matière liquide d'un jaune pâle, mêlée de petits débris de sang altéré. Les parois d'une autre de ces loges sont enduites d'une matière liquide, d'un blanc jaunâtre, semblable à du pus ou de la fibrine ramollie. Dans la partie de l'iliaque primitive gauche qui passe sous l'aorte, le caillot avait peu d'épaisseur; la veine et le caillot étaient aplatis. Le caillot dur et blanchâtre adhérait à la veine plus fortement que partout ailleurs et n'offrait pas de loges ou de sinus à son centre. L'extrémité du caillot de la veine cave ne remplissait point la veine. Celui de la veine iliaque primitive droite et des veines qui s'y rendent était d'un rouge-noir et d'autant moins consistant qu'on l'examinait plus près de son extrémité inférieure. Dans les veines crurales et dans les branches de la veine rénale du côté gauche, le caillot était plus dur, en partie décoloré. Plusieurs veines qu'on pouvait suivre dans l'utérus étaient remplies par un caillot fibrineux dur. Le caillot de la veine ovarique droite était moins décoloré que celui des veines iliaque et crurale gauches. Les veines hypogastriques contenaient aussi un caillot ferme et décoloré. Les parois des veines n'étaient sensiblement altérées ni dans leur couleur, ni dans leur épaisseur; seulement, en quelques points, on en détachait de petites lamelles très minces, comme membraneuses. La veine ovarique gauche contenait un caillot très mince et décoloré.

L'utérus était un peu plus gros que d'ordinaire, de forme régulière (la malade était accouchée sept semaines avant la mort). L'intérieur de l'utérus était noirâtre; cette coloration s'étendait à près d'une ligne en profondeur; la consistance de son tissu était ordinaire; on voyait, entre les deux plans de fibres, des vaisseaux vides et d'autres remplis de caillots. Le vagin, les ovaires et les trompes étaient à l'état sain.

§ 886. M. Robert Lee (1) a aussi noté la propagation de l'inflammation de la veine ovarique à la veine rénale. Suivant lui, l'inflammation se termine ordinairement d'une manière brus-

(1) Robert Lee. *Researches on the pathology and treatment of some of the most important diseases of women.*

que à l'ouverture de la veine spermatique du côté droit, ou de la veine rénale du côté gauche. Si elle gagne, comme elle le fait quelquefois, la direction des reins, la substance de ces organes, ainsi que leurs veines, peut être engagée dans la maladie. Plus loin il ajoute avoir vu la veine rénale gauche dans le même état que la spermatique, et la substance du rein gauche molle et vasculaire.

M. Dugès (1) rapporte que, chez une femme morte de suites de couche, il y avait, entre l'ovaire gauche et la trompe utérine, un abcès du volume du pouce, et que cet abcès était le point de départ d'un cordon de veines épaissies et remplies, au lieu de sang, d'albumine en grumeaux puriformes et jaunâtres; que ces veines se rendaient à la rénale, qui offrait elle-même des altérations semblables jusque dans le rein d'une part, et de l'autre jusqu'à la veine cave. Enfin, M. Velpeau (2), a aussi noté la propagation de la phlébite ovarique aux veines émulgentes.

Maladies des nerfs des reins.

§ 887. Le plexus rénal et les nerfs qui se distribuent dans les reins peuvent augmenter de volume dans les cas d'hypertrophie de ces organes (Atlas, Pl. xxxvii, fig. 2 et 3).

Je n'ai pas examiné avec assez de soin le plexus rénal dans les cas d'atrophie des reins, pour pouvoir dire si les nerfs participent plus ou moins aux arrêts de développement des reins ou à la diminution de leur nutrition. J'ignore également si les nerfs des reins peuvent être le siège de véritables névralgies indépendantes d'autres affections ou de lésions des organes voisins.

Dans la colique néphrétique, la douleur, si vive, si aiguë, si anxieuse, puisqu'elle va quelquefois jusqu'à la défaillance, résulte de la distension de la tunique fibreuse de ce conduit

(1) Dugès (Ant.). Sur la distinction entre la névrite et la phlébite (*Revue médicale*, 1824, t. III, p. 411).

(2) *Revue médicale*, 1827, t. XIII, p. 26.

excorié par le passage d'un gravier et non d'une lésion des nerfs des reins. Dans la néphrite et dans la pyélo-néphrite, lorsqu'il n'existe pas d'abcès extra-rénal, le plus souvent les reins ne sont sensibles que dans les points qui peuvent être comprimés.

Les femmes hystériques se plaignent quelquefois d'une douleur très vive dans les régions lombaires ou dans un seul côté des lombes. Cette douleur, que quelques auteurs ont décrite comme une véritable *névralgie*, et qui simule quelquefois une colique néphrétique, dépend peut-être plus d'une affection de la moelle épinière et des nerfs lombaires que d'un état de souffrance du plexus rénal. J'ai vu deux femmes hystériques, devenues paralytiques, se plaindre d'une douleur habituelle dans la région lombaire droite, s'exaspérant comme par accès, sans que l'urine offrît d'altération remarquable. Cette douleur n'était point évidemment limitée au rein, mais elle ne s'étendait pas, non plus, régulièrement suivant le trajet des nerfs lombaires; parfois même elle semblait occuper tout l'hypochondre. Enfin de véritables névralgies des lombes peuvent jusqu'à un certain point simuler une affection nerveuse des reins. On a même vu des anévrysmes de l'aorte descendante occasioner, dans la région rénale, des douleurs assez vives pour simuler une affection d'un des reins. (OBS. I.)

Il est peut-être bon de remarquer que, sous le nom de *néphralgie*, on a désigné généralement non une affection nerveuse essentielle des reins, mais bien toutes les douleurs dont ces organes peuvent être le siège, comme on pourra s'en convaincre en consultant les observations rassemblées sous ce titre par Plouquet (*Litteratura medica digesta*, art. RENIS *dolor, nephralgia*).

Sydenham a exposé les signes par lesquels en peut distinguer le paroxysme hystérique qui simule la colique néphrétique(1), de la colique néphrétique elle-même, produite par la présence

(1) « In ista hystericæ affectionis specie jam descriptâ, quæ *paroxysmum nephreticum* imitatur, etc. « (Sydenham. *Opera*, t. I, p. 278, in-4, Genevæ, 1769).

de graviers dans les conduits de l'urine. Des dix-sept espèces de névralgies admises par Sauvages (1), une seule (la néphralgie *hystérique*) peut être considérée comme une affection nerveuse. Dans ces derniers temps, Alibert (2), en réduisant les néphralgies à trois espèces, comprit sous ce nom des affections variées et douloureuses des reins (néphralg. calculeuse, néphralg. spasmodique, néphralg. goutteuse).

G. Strambio (3) a cité un cas de névralgie lombaire guérie par l'acupuncture, et qui avait été prise pour une douleur occasionée par un calcul rénal. J. F. Barailon (4) a publié l'histoire d'une maladie singulière qui se termina par la mort, et dans le cours de laquelle le malade éprouva des attaques, principalement caractérisées par une douleur aiguë dans le flanc gauche et dans la région du rein. Le malade ne rendait point de gravelle.

M. Teale (5) a émis l'opinion de la possibilité d'une véritable névralgie dans les reins.

Obs. I. — Douleurs atroces dans la partie inférieure du dos et surtout dans la région du rein droit; anévrysme de l'aorte thoracique, ouvert dans la plèvre droite; mort presque subite.

Jeanne Lamy, âgée de 46 ans, employée à la manufacture des tabacs, entra à l'hôpital de la Charité dans le mois de juillet 1839, se plaignant de douleurs vives dans le dos et dans les reins. Cœur volumineux, dont les battemens soulèvent la partie correspondante de la poitrine; deux larges bruits de souffle remplacent le tic-tac du cœur; bruits de souffle dans l'aorte et les artères du cou; frémissement de l'aorte; pulsations visibles des artères radiales; impossibilité de marcher vite ou de monter un escalier; quelquefois battemens avec un peu de

(1) Sauvages. *Nosol. method.*, in-4, Amstelodami, t. II, p. 112, 1768.

(2) Alibert. *Nosolog. natur.*, t. I, p. 210, in-4, Paris, 1817.

(3) *Journ. des progrès*, 1829, t. I, p. 253.

(4) *Sur une maladie singulière*, par M. J.-F. Barailon (Journ. de méd. et de chirurg., par M. A. Roux. Juillet 1767, t. XXVII, p. 430).

(5) *Edinb. med. and surg. Journal*, vol. XXXIII, p. 434.

suffocation; douleurs dans la région du foie et surtout du rein droit; la douleur avait aussi un siège moins limité et s'étendait à une grande partie du dos et des lombes. La vessie n'était pas douloureuse; l'urine blanche et peu acide sortait facilement et sans douleur; point d'envies de vomir, d'engourdissemens, ni de douleur dans la cuisse du côté droit; ventouses scarifiées; soulagement assez marqué pour que la malade en demande une seconde application. La douleur dans la région du rein droit, presque continuelle, s'aggravait par intervalle. Le repos, les grands bains, les ventouses scarifiées et l'administration de l'opium amenèrent du soulagement, et la malade sortit de l'hôpital avec l'intention de retourner au travail. Mais elle fut bientôt obligée de revenir souffrant de plus en plus dans la région du rein droit.

Dans la nuit du 15 au 16 septembre elle eut des douleurs très vives au cœur et à la région épigastrique; les battemens du cœur étaient irréguliers; sur le sternum et à la région du cœur on entend deux bruits de souffle: le premier très rude; le deuxième large comme un bruit de forge ou comme le bruit d'une large aspiration. On entend les deux bruits du cœur presque naturels, mais irréguliers et un peu confus (*saignée du bras, 1/8 d'alimens, tis. gomme, julep.*).

Le 17. La malade ne se plaint pas beaucoup de sa douleur dans le rein. L'urine est blanchâtre, avec des flocons de mucus. On entend très distinctement les deux souffles remplaçant le tic-tac du cœur.

Le 18. Pouls très rapide, le choc et l'impulsion du cœur sont violens. Dans la nuit, plus de douleur, puis perte de connaissance; revenue à elle, la malade a senti de l'engourdissement pendant quelques heures. Les jours suivans les douleurs à la région du rein ont été des plus vives. On a appliqué deux fois deux sangsues, *loco dolenti*.

Le 20 septembre. Le pouls est régulier (70 pulsations) depuis l'application des sangsues, diminution marquée de la douleur du rein; à la fourchette du sternum et sous les muscles sterno-mastoïdiens, on voit une sorte de soulèvement, les veines jugulaires externes sont distendues. Si on applique le

doigt au-dessus de la fourchette du sternum, on sent un frémissement très marqué, qui peut être senti aussi sur les artères carotides et sous-clavières. La malade mange peu.

Le 27 septembre. La malade accuse beaucoup de douleur dans les reins en désignant plus particulièrement le côté droit; elle croit se rappeler qu'elle a rendu un peu de sable dans les urines, il y a dix-huit mois. Les deux cuisses sont engourdies.

Le 2 octobre. 25 sangsues sur la région du rein droit. La douleur du rein et l'engourdissement des cuisses ont diminué depuis quelque temps. L'urine contient beaucoup de mucus.

Le 1er novembre. Nouvel accès de douleur des reins. Les douleurs sont toujours accompagnées d'agitation; la malade ne peut se coucher sur le côté droit; qui est très douloureux à la pression (*saignée du bras*), soulagement.

Le 3. Douleurs vives aux reins, surtout à droite; œdème des jambes; si le malade met les pieds à terre, elle éprouve de l'engourdissement, elle ressent de la douleur dans toute la région du foie et du rein droit (*cataplasme; le 1/4 de la portion d'alimens*); urines acides peu abondantes, il n'y a plus de gonflement ni d'œdème des extrémités (*tis. gom.* 30 *sangsues sur la région du rein droit*).

Le 7. Douleurs atroces au rein droit, urines acides avec des flocons de mucus. Décubitus impossible sur le dos et le côté droit.

Le 10. Douleurs dans le dos, dans la région du rein droit et dans la cuisse droite, élancement à la région du cœur, douleurs très vives à la région précordiale; dans la soirée, mort presque subite, sans agonie et sans que la maladie eût paru faire des progrès depuis deux jours.

Autopsie du cadavre, 36 heures après la mort. — *Etat extérieure*, point d'infiltration. *Tête*, aucune altération du cerveau et du cervelet ou de leurs membranes. *Poitrine*, le péricarde distendu occupe presque toute la partie antérieure du coté gauche de la poitrine. L'estomac était complètement dans la région ombilicale au-dessous du rebord des fausses côtes gauches. Dans la plèvre droite, environ 20 onces de sérosité, et dans la partie postérieure, un énorme caillot rouge semblable

à celui d'une saignée récente, pesant 25 onces; ce qui, réuni à la sérosité, donnerait un épanchement de sang de trois livres environ. Le poumon droit parfaitement sain. Dans le médiastin, un épanchement de sang noir. La plèvre du côté gauche ne contient pas de sérosité ; le poumon aplati ne paraît presque pas contenir d'air; il est adhérent à la plèvre costale et repoussé vers les côtes par le cœur, qui occupe la plus grande partie de ce côté de la poitrine. Le péricarde contient deux onces de sérosité citrine ; il a plus de dix pouces de hauteur et sept de largeur. Le cœur est hypertrophié, vide de sang ; on sent qu'il est épais et dur. Les oreillettes ne présentent rien de remarquable. Le ventricule droit est pâle. Sa membrane interne et ses valvules sont dans l'état sain. Les parois des ventricules gauches sont très épaisses (8 lignes), la membrane interne est un peu laiteuse vers les valvules sigmoïdes. L'orifice auriculo-ventriculaire est à l'état normal ; la valvule est un peu blanche; elle est souple, les colonnes charnues sont très grosses, comme toutes les parties charnues de ce ventricule. Deux des valvules sigmoïdes s'abaissent très bien. La troisième, l'antérieure, est insuffisante. L'aorte immédiatement au-dessous des valvules présente plusieurs petits points ossifiés, proéminens ; la portion transverse de la crosse elle-même, est dilatée de manière à avoir deux fois son volume ordinaire jusqu'au niveau de la partie inférieure de la poitrine vers la troisième vertèbre dorsale, c'est-à-dire au moment de passer entre les piliers du diaphragme.

Dans toute cette étendue, la face interne de ce vaisseau est blanchâtre ; à partir de la crosse, elle présente des inégalités, des saillies et des dépressions, de petites plaques osseuses et cartilagineuses. Au niveau de la septième vertèbre dorsale et un peu à droite, on voit deux ouvertures, une première presque circulaire d'une ligne et demie de diamètre conduisant dans une petite loge qui contiendrait seulement un gros pois, l'autre située un peu plus bas, de forme presque circulaire, a neuf lignes de diamètre. Le bord de cet orifice est arrondi, assez lisse, et communique avec une poche anévrysmale, qui se trouve dans le médiastin postérieur en rapport immédiat avec l'œsophage.

Cette poche s'ouvre par une fissure dans la plèvre du côté droit. La poche anévrysmale ne contient pas de caillots fibrineux. *Abdomen*, un peu de sérosité dans le péritoine; rate petite, et consistante; foie un peu plus volumineux qu'à l'ordinaire : sa substance paraît composée de grains jaunes et d'un tissu vasculaire très injecté qui les entoure. La surface du foie est, du reste, polie, sans dépression, sans apparence de bandes cellulaires ou d'étoiles s'enfonçant dans l'intérieur. La consistance est un peu plus ferme qu'à l'état sain. La vésicule biliaire est vide, très petite, blanche à l'intérieur et à l'extérieur, revenue sur elle-même et ne contient pas de bile ni de calculs. Son conduit est réduit à un cordon fibreux; le canal hépatique existe comme à l'ordinaire. L'estomac et tout le canal intestinal, sains.

Les deux reins ont à-peu-près leur volume ordinaire; leurs membranes n'offrent rien de particulier et se détachent facilement. A la surface du rein droit, vers le milieu du bord convexe, existe une petite vésicule qui contient un liquide jaunâtre transparent; un peu plus bas, on voit deux dépressions de couleur foncée. Au-dessous de ces dépressions, la substance corticale, moins épaisse, est très dure et blanchâtre. Du reste, le rein droit et le rein gauche sont sains.

Développement morbide de tissus homologues dans les reins.

§ 888. Les glandules et les conduits urinifères de la substance corticale peuvent être tout-à-fait désorganisés, de manière que la partie affectée de la substance corticale semble constituée par un tissu *fibreux* ou celluleux, d'un blanc bleuâtre, distinct de la substance corticale environnante (Atlas, Pl. xxxv, fig. 5). Cette altération existe quelquefois d'une manière très remarquable dans les reins de diverses espèces d'animaux. Je l'ai représentée dans le bœuf (Pl. xxxv, fig. 6), et dans le cochon (Pl. xxxv, fig. 10). Je l'ai aussi observée chez le cheval. Cette altération parait être, dans quelques

cas, la suite d'une inflammation chronique, et, dans d'autres, la conséquence d'une lésion des conduits de Bellini ou de leur obstruction.

La substance tubuleuse d'un ou plusieurs cônes offre quelquefois aussi une sorte de transformation fibreuse reconnaissable à des stries d'un blanc jaunâtre, dans la direction des *tubuli*, et bien distinctes des stries formées par les dépôts salins.

Par suite d'une transformation fibreuse des couches celluleuses avec lesquelles elle est en rapport, la membrane fibreuse des reins peut acquérir une épaisseur très considérable (Pl. XII, fig. 8). On lit un cas analogue dans le *Journal des Savans*, 1678.

§ 889. On observe, quelquefois dans la substance corticale et plus souvent dans la substance tubuleuse des reins, des grains ou de petits corps blanchâtres, d'apparence et de consistance *cartilagineuses* (1). Ces corps, situés le plus ordinairement vers la base des cônes, quelquefois vers leur milieu et plus rarement près de leur extrémité, se rencontrent surtout dans les reins des vieillards (ATLAS, Pl. XXXVI, fig. 5).

La membrane fibreuse des reins présente quelquefois des plaques cartilagineuses.

§ 890. La capsule fibreuse des reins peut s'*ossifier*, offrir des dépôts salins partiels, ou prendre tout-à-fait l'apparence d'une coque osseuse, analogue à celle que le péricarde incrusté forme quelquefois autour du cœur. Ces ossifications de la capsule fibreuse du rein, et les ossifications des corps fibreux

(1) Schroeck, cité par Lieutaud, rapporte le fait suivant : « Vir quinquagenarius, crapulæ deditus, *ischuria* subito corripitur. Frustra adhibetur catheter ; nullus enim dolor, nec tumor in vesica. *Dolor* erat *gravativus in sinistro rene*. Dein, vel post septem-decem dies, accedit *vomitus;* corpus intumescit ; læditur memoria, impeditur loquela ; ac tandem suffocatus obiit. Excuterato cadavere, loco renis dextri invenitur corpusculum induratum et cartilagineum, ovi gallinacei minoris magnitudine. Quo dissecto intus apparuere grumi sanguinis, cum hydatidibus, et exigua portiuncula substantiæ renis putridæ. Sinister naturali triplo major, semi-cartilaginosus in parte convexa reperitur (Lieutaud. *Anat. pract.*, lib. 1, obs. 1075).

développés dans la substance des reins, ont été indiqués vaguement par d'anciens auteurs sous les noms de *reins transformés en pierre.*

Dans les cas rares de transformation cartilagineuse et osseuse de la capsule fibreuse, les reins semblent très durs, et la masse plus ou moins considérable qu'ils forment cède peu ou point à la pression. A l'extérieur, cette masse offre quelquefois des aspérités très dures, d'un blanc mat ou d'un blanc jaunâtre. J'ai fait figurer plusieurs exemples de dépôts salins dans la membrane fibreuse et sur des kystes acéphalocystiques dans des reins de mouton. J'ai vu plusieurs mamelons d'un rein de bœuf dilatés et transformés en une membrane incrustée de matière osseuse.

M. Elliotson m'a envoyé, en 1834, deux coques osseuses, évidemment formées par la membrane du bassinet dilaté et par la membrane fibreuse, ossifiées, d'un des reins d'un homme, mort avec des symptômes d'apoplexie. Cet homme avait été sujet à la gravelle depuis quelques années; le membre inférieur du côté correspondant au rein ainsi altéré, était beaucoup amaigri (ATLAS, Pl. XXXVI, fig. 2, 3).

§ 891. Il se développe quelquefois, mais bien rarement des *ostéides*, dans les reins, et dont la base est un tissu fibreux, traversé par des vaisseaux sanguins et n'offrant que par places un dépôt calcaire. Ces ostéides, tout-à-fait analogues aux corps fibreux de l'utérus, ne peuvent être divisés qu'au moyen de la scie.

Une autre espèce d'ostéide se forme assez fréquemment dans les reins après la destruction des acéphalocystes des reins des animaux, surtout dans les reins de mouton (ATLAS, Pl. XXX, fig. 5 et 6). La matière osseuse ou calcaire, rarement déposée en masse, l'est plus souvent en lamelles ou en grains isolés, jaunâtres et durs.

Presque toujours ces ostéides sont entourés par une membrane qui les isole du tissu rénal environnant, et ce tissu paraît n'avoir subi d'autre altération qu'une légère décoloration, déterminée par la compression qu'exerce la tumeur acéphalocystique. Quelquefois ces ostéides deviennent très

volumineux et occupent presque tout le rein, qui paraît être transformé en pierre.

Les exemples d'ossification des reins sont très rares. Vincent a publié (en 1689) la description d'un rein qui pesait une livre et demie, et qui avait une consistance cartilagineuse. Il était situé sur la dernière vertèbre des lombes et sur la première et la seconde vertèbres sacrées. (1)

Fearon (2) rapporte que, chez une femme de cinquante ans, souffrant depuis plus de dix ans de violentes douleurs dans la région des reins, il s'y joignit plus tard de fréquentes envies d'uriner, et quelquefois des rétentions d'urine La malade mourut, après avoir été six jours sans uriner. Du côté des lombes où cette femme avait eu tant de douleurs pendant de longues années, Fearon ne trouva aucun vestige de rein, mais à sa place un corps rond comme une boule, formé d'une substance osseuse, du poids de trois livres et demie et de quinze pouces de circonférence. Sciée, cette tumeur présenta les caractères d'une masse irrégulièrement ossifiée, qui, traitée par les réactifs chimiques, se comportait comme la substance normale des os.

L'autre rein était rongé par le pus jusqu'à la membrane.

J'ai figuré (Atlas, Pl. xxxvi, fig. 6) un exemple remarquable de ces ostéides des reins. Le rein droit d'un homme, sur la maladie duquel je n'ai pu avoir de renseignemens, deux fois plus volumineux que dans l'état sain, avait à-peu-près sa forme naturelle. Cependant son extrémité supérieure était beaucoup plus volumineuse que son extrémité inférieure, et de telle sorte que le hile était placé au quart inférieur du bord interne. Le poids de ce rein était de dix onces.

En incisant cet organe suivant sa grande circonférence jusqu'au bassinet, nous vîmes derrière cette cavité, et occupant la place de la moitié supérieure du segment postérieur du rein, une tumeur de consistance osseuse du volume d'une

(1) *Dict. des sciences médicales*, tom. XLVII, p. 438.

(2) *Med. communic.*, V, ob. 1, n. XXVII, p. 416, tab. X.— Meckel's *Handbuch der pathol. Aat.*, Band. 2, sect. 2, p. 238).

orange, bosselée et entourée d'une membrane qui la séparait des parties environnantes. Détachée de cette enveloppe extérieure, et sciée suivant son plus grand diamètre, cette production morbide offrait la disposition suivante : sa surface était encroûtée d'une couche fibro-cartilagineuse d'une demi-ligne à deux lignes d'épaisseur, qui envoyait vers le centre de la tumeur des prolongemens très irréguliers, dans les intervalles desquels on voyait divers dépôts, des concrétions blanches, crayeuses, analogues au détritus tuberculeux des os; des fragmens osseux jaunâtres et demi transparens; enfin, des amas de fibrine d'un rouge brun ressemblant à ceux que l'on trouve dans les foyers sanguins déjà anciens.

Le bassinet n'offrait d'autre changement que celui qui résultait de la compression de sa moitié supérieure par la tumeur. Le tissu du rein, très dense et disposé en forme de poche autour de la tumeur et de la cavité du bassinet, s'amincissait progressivement à mesure qu'il s'étalait au-devant de l'altération. La poche était complétée par la membrane d'enveloppe de l'ostéide et par la continuation de la capsule du rein. Cette capsule était épaissie et fortifiée par une masse de tissu cellulaire très dense, qui lui était superposée.

§ 892. Je rappellerai que Jacques Sachs (1) cite le cas d'une femme qui, pendant plusieurs années, avait éprouvé des coliques néphrétiques et rendu des urines épaisses et filantes, et

(1) « In dissecto corpore inventi fuere ambo renes obriguisse tam dexter quam sinister in alabastrinam duritiem et soliditatem (*Ephem. cur. nat.* dec. I, ann. I, obs. XXVII, p. 82); de renibus humanis petrefactis). Sachs décrit ainsi le plus grand de ces reins: « Erat adhuc post gorgonæam istam metamorphosin ren in suâ figurâ (quasi fabacea) ordinaria conspiciendus; exterior parenchymatis pars et circumferentia semicircularis, seu gibba renum pars, videbatur quasi in aliquot lobos corrugata, et porosior reliquo lapide facta, coloris ad gryseum accedentis; reliqua vero pars versus simam partem et pelvim, cum resectâ particulâ ureteris principii, silicea tota, nihil magis quam candicans alabastrum et duritie et colore exhibens, in superficie venulæ aliquatenus rubescentes, quasi ibi depictæ videbantur. Postquam hunc renem dextrum diu digitis palpassem et ad libram pondus examinassem, undecim lotones exsuperasse compertum est. »

chez laquelle on trouva les deux reins transformés en une matière qui offrait la dureté de l'albâtre; que Ch.-Fr. Paullini cite aussi un cas non moins curieux de rein ossifié (1); que Lieutaud (2) rapporte, d'après Moccius, le cas d'une vieille femme qui mourut après avoir éprouvé de violentes douleurs dans le flanc et l'hypochondre gauches, et chez laquelle on trouva le rein gauche transformé en une matière pierreuse. Lieutaud cite d'autres faits analogues, extraits *des Curieux de la nature* (obs. 1177, et l'obs. de Sachs, obs. 1178), rappelés plus haut. Enfin, G. Lucas a représenté dans les *Transactions philosophiques* un exemple remarquable de pétrification du rein.

Une semblable altération a été également observée chez les animaux. M. Lassaigne (3) a soumis à l'analyse chimique un rein provenant d'un cheval, et qui lui avait été remis par M. Rigot. Ce rein était blanchâtre, spongieux et dur au toucher; par la pression entre les doigts, il s'en écoulait un liquide laiteux, incolore, chargé d'une très grande quantité d'albumine : mis en macération dans l'eau froide pour le débarrasser de ce liquide albumineux, il ressemblait alors à un tissu cartilagineux en partie ossifié. L'apparence de ce rein ayant d'abord fait supposer qu'il était peut-être pénétré dans toutes ses parties par de la matière calculeuse, une partie de ce tissu solidifié fut mis en contact avec de l'eau acidulée par l'acide chlorhydrique; aussitôt une légère effervescence se manifesta à la surface par suite d'une dissolution. Après douze heures de contact, la substance du rein était tout-à-fait ramollie; quoique son volume fût peu diminué. La liqueur fut alors décantée et sursaturée par de l'ammoniaque, qui produisit un précipité

(1) Servo mihi renem perfecte *siliceum*, e cadavere Norwagi cujusdam excisum, aliquot uncias pendentem (*Ephem. nat. cur.*, dec. 2, ann. 4, append., p. 211). Ce cas a été reproduit par Th. Bonet (*Sepulcretum*, lib. III, sect. 22, t. II, p. 560).

(2) Lieutaud. *Anat. pract.*, liber primus, obs. 1208.

(3) Lassaigne. *Obs. sur une ossification complète d'un rein chez le cheval* (Journ. de chimie médicale, vol. VI, pag. 233).

blanc gélatineux, très abondant, reconnu, par un examen ultérieur, pour du sous-phosphate de chaux. La dissolution d'où ce sel avait été séparé, forma ensuite avec l'oxalate d'ammoniaque un précipité blanc, indiquant la préexistence du carbonate calcaire. Ces deux sels se sont trouvés, à très peu de chose près, dans les proportions où ils se rencontrent dans la substance osseuse proprement dite. L'analyse quantitative donna 3,5 de phosphate contre 1 de carbonate.

§ 893. Le cas suivant peut être rapproché de l'observation précédente :

« Une femme, âgée de 50 ans, d'un tempérament bilieux, n'ayant jamais eu d'enfant, avait reçu des soins de moi dans deux fièvres bilieuses ; avant ces maladies elle m'avait consulté pour une tumeur qui avait son siège dans l'hypocondre gauche, et l'avait fait souffrir pendant plus de dix ans. Je lui avais conseillé des bains, des cataplasmes émolliens, parce qu'elle éprouvait de fortes douleurs et des déchiremens considérables à l'endroit désigné. Des médecins et chirurgiens de notre ville lui avaient donné les mêmes conseils ; j'ignore s'ils avaient soupçonné le rein gauche malade. Pour moi, j'avouerai que, cette femme rapportant ses douleurs à la partie antérieure du bas-ventre, je n'avais pas eu l'idée d'une néphrétique jusqu'au 17 août 1807, où je fus appelé pour la voir. Elle se plaignit alors de douleurs très vives du côté gauche, d'une grande difficulté d'uriner ; les urines donnaient du sang. La fièvre était très forte, et la figure de cette malade était très altérée. J'ordonnai une potion calmante et une tisane avec la pariétaire. D'après les accidens que je viens de rapporter, je soupçonnai un calcul rénal ; je fis part de mon soupçon aux parens. La malade mourut dans la nuit. On vint m'annoncer sa mort, et je demandai l'ouverture du cadavre, qui me fut accordée. Je la fis le 18 à 8 heures du soir, avec un élève en chirurgie de l'Hôpital général.

« La section des tégumens et des muscles du bas-ventre étant faite, nous avons mis le rein gauche à découvert ; nous l'avons trouvé enveloppé d'un tissu cellulaire gorgé de sang ; ce rein nous a paru déplacé et porté vers la partie antérieure du bas-ventre. Après avoir détaché et examiné ce rein, nous avons

observé que la surface de la portion supérieure était de couleur et de volume naturels, les parties moyenne et inférieure noires, présentant beaucoup de volume et des inégalités. Le toucher m'ayant fait apercevoir un corps dur à la partie moyenne, j'ouvris cette partie, dont j'ai extrait un calcul très dur d'une forme irrégulière, et recouvert par une couche brune qui, étant sèche, s'est détachée de calcul et réduite en poussière. Ce calcul était contenu dans un des entonnoirs du rein. Plus bas, j'ai remarqué dans la substance interne du rein une portion devenue cartilagineuse, dans laquelle s'étaient développés des points osseux, dont j'ai enlevé le plus volumineux, et à la partie inférieure une matière molle et blanche, ressemblant à du lait caillé. Tous les autres viscères du bas-ventre étaient dans un état sain (*Obs. d'un calcul rénal accompagné de la désorganisation de la majeure partie du rein dans lequel il s'était formé*, par J.-B. Tréhet. — *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, tom. II, p. 95, 5e année). »

§ 894. Il faut distinguer des ostéides des reins les cas de dépôts salins dans le bassinet et les calices : tel est, en particulier, le cas cité par Howship (1), et dans lequel on trouva l'intérieur des reins rempli de carbonate calcaire.

§ 895. Un tissu spongieux et vasculaire analogue au corps du pénis, principalement formé d'un lacis de vaisseaux, se développe quelquefois accidentellement chez l'homme, dans plusieurs organes ; mais on ne l'observe que bien rarement dans les reins. Je ne l'y ait vu que dans deux circonstances, où la même altération existait à un bien plus haut degré dans le foie.

J'ai représenté (ATLAS. Pl. XLI, fig. 7) une tumeur érectile qui était située sur la face antérieure du rein droit, plus près de sa scissure que de son bord externe. Cette tumeur, dont la surface était inégale, s'enfonçait assez profondément dans la substance corticale ; extérieurement elle offrait à sa circonférence une sorte de bourrelet, d'où partaient une quantité innombrable de petites veinules qui s'irradiaient au loin en se sous-divisant à-peu-près comme les vaisseaux cutanés ou sous-

(1) Howship, *ouv. cité*, p. 34.

cutanés dans les phlébectasies du nez ou dans certains *nœvi* vasculaires dont les limites ne sont pas bien circonscrites. A la coupe (Pl. XLI, fig. 8), les limites de cette petite tumeur pouvaient être facilement reconnues à la différence d'aspect du tissu érectile et de la substance corticale qui l'entourait. Ce tissu paraissait composé de plusieurs petites loges entre lesquelles se distribuaient des veinules, et on n'y distinguait aucune trace de tissu squirrheux ou encéphaloïde ; d'ailleurs la nature de cette tumeur était suffisamment démontrée par la coïncidence d'autres tumeurs érectiles, beaucoup plus volumineuses, et de même apparence, situées dans le foie.

Dans un autre cas de dégénération érectile du foie chez un vieillard, j'ai vu une semblable tumeur, d'une plus grande dimension, dans un rein surmonté de kystes séreux (Pl. XXVII, fig. 5).

§ 896. Cette altération vasculaire des reins a été mentionnée par quelques observateurs. « J'ai vu, dit Baillie (1), la substance du rein convertie en une substance molle et comme spongieuse ; on apercevait, à sa surface, des cavités arrondies isolées et placées à des distances irrégulières. Son tissu incisé présentait une substance mollasse. Les vaisseaux sanguins se ramifiaient d'une manière très évidente dans cette masse spongieuse. Le rein ne contenait point de suppuration, et cet état pathologique ne ressemblait en rien aux effets de la suppuration. Cet état pathologique particulier avait détruit une partie considérable des reins, sans doute par l'action des vaisseaux absorbans qui paraissaient avoir ménagé la substance tubuleuse beaucoup plus que la corticale. Je n'exagère point en disant que le rein avait la mollesse d'une éponge. En agitant dans de l'eau ces restes du tissu des reins, ils se séparaient à-peu-près comme les vaisseaux sanguins du placenta. J'ai observé deux ou trois fois ces phénomènes, mais à un degré moins avancé. »

Lobstein (2) dit aussi qu'il a rencontré une fois cette maladie

(1) Baillie. *Anat. pathol.*, trad. François de Guerbois, p. 225, in-8, Paris, 1815.

(2) Lobstein. *Anat. path. générale*, t. i, p. 324. Strasbourg, in-8, 1829.

dans le parenchyme du foie, et qu'une autre fois il a cru la reconnaître dans le développement fongueux du réseau capillaire de la membrane muqueuse du bassinet du rein.

§ 897. Sous le nom de *dégénérescence graisseuse*, ou de *transformation graisseuse* des reins, on a décrit deux altérations distinctes ; l'une, caractérisée par une véritable transformation graisseuse de ces organes, est très rare ; l'autre, dans laquelle de la graisse est abondamment déposée autour du rein plus ou moins atrophié, dans sa scissure ou entre ses lobes, est beaucoup plus fréquente.

§ 898. Le tissu cellulaire extra-rénal, autrement dit la tunique graisseuse des reins, peut offrir une accumulation très considérable de graisse. Le plus souvent alors le tissu cellulaire et le tissu graisseux ont leurs caractères naturels ; mais dans quelques cas (ATLAS. Pl. XXXVI, fig. 1. Pl. XXXIII, fig. 8), le tissu cellulaire graisseux paraît condensé, dur et d'une consistance lardacée. D'autres fois, il est rougeâtre et traversé par des vaisseaux fortement injectés de sang.

§ 899. Le tissu cellulaire graisseux de la scissure et qui pénètre dans l'intérieur des reins par les arcades vasculaires, peut se développer d'une manière anomale et de façon à atrophier les substances rénales. Toutefois ce phénomène est fort rare; mais ce qui l'est beaucoup moins, c'est de voir un dépôt accidentel de graisse avoir lieu dans la scissure et ses prolongemens celluleux après des maladies chroniques du rein, avec atrophie des substances rénales ; atrophie survenue à la suite d'une altération des calices, du bassinet et de l'uretère. Alors on trouve, à la place du rein, un mélange de tissu cellulaire condensé et de tissu graisseux, dans lequel le tissu graisseux ordinairement prédomine. Dans l'intérieur de cette masse graisseuse on voit quelquefois des espèces de cordons cellulo-fibreux bleuâtres, ramifiés, plus durs que les parties environnantes, et qui indiquent la disposition primitive du bassinet et des calices déformés et oblitérés. Ces reins, ainsi enveloppés de graisse et presque complètement atrophiés, ont été décrits comme des reins transformés en graisse (ATLAS. Pl. LI, fig. 1).

Je suis disposé à penser que le cas de transformation graisseuse du rein, présenté à la Société anatomique par M. Barth (1), est analogue à ceux dont je viens de parler. Il n'existait plus de traces des substances corticale et mamelonnée. Le tissu graisseux était divisé par des cloisons fibreuses. L'uretère, à son origine, était oblitéré par de nombreux calculs. En cet endroit les tuniques étaient notablement hypertrophiées. On n'avait observé aucun symptôme d'affection des reins.

§ 900. Le rein peut éprouver une altération graisseuse analogue à celle du foie. M. le docteur Pascal (2) dit que, chez un homme mort d'une fièvre intermittente ou d'une affection gastro-intestinale très aiguë, les reins ayant été dépouillés de leur capsule, on vit avec étonnement s'échapper de leur surface une multitude de petites gouttelettes d'huile, dont le nombre augmentait par la pression de ces organes. Lavés et essuyés, ils continuaient, par la pression, à fournir le même fluide très reconnaissable à son aspect et à sa pesanteur spécifique, qui le faisait surnager à la surface de l'eau.

Laennec (3) a vu un rein entièrement converti en une matière jaunâtre, graissant fortement le scalpel et le papier. Sur le corps d'un jeune homme de dix-huit ans, mort d'une inflammation générale des voies urinaires, avec destruction complète du canal de l'urèthre, Dupuytren (4) trouva un engorgement très dense du tissu cellulaire adipeux qui environnait le rein droit, une diminution du volume de cet organe, une disparition presque complète de son tissu propre, une transformation adipeuse de ce qui restait, et quelques calculs petits, feuilletés, dans des restes de calices.

M. le docteur Pétréquin (5) a publié un cas remarquable de transformation graisseuse de cinq mamelons d'un des reins :

(1) *Bulletin de la sc. anat. de Paris*, t. I, p. 68, in-8, Paris, 1835.
(2) *Journ. hebdomadaire*, 2e série, t. XII, pag. 347, 1833.
(3) Cruveilhier. *Anat. patholog.*, t. I, p. 193.
(4) *Ibid.*, t. I, pag. 192.
(5) *Gazette médicale de Paris*, pag. 196, in-4, 1837.

Un octogénaire de l'hospice de la Charité de Lyon mourut en mars 1836. A gauche se trouvait, une hydronéphrose; toute la substance mamelonnée avait disparu, sauf cinq cônes qui étaient convertis en matière graisseuse. La substance corticale réduite à un tiers ne représentait plus qu'une espèce de calotte peu épaisse, mais non altérée dans son parenchyme, coiffant le bassinet distendu : celui-ci formait une large poche où aboutissaient les restes des cinq calices sans profondeur, contenant un liquide limpide qui n'avait ni l'odeur ni la couleur de l'urine. L'uretère, d'une capacité normale, et libre dans toute son étendue, permettait au fluide, quand on comprimait le kyste, de descendre jusque dans la vessie. L'artère rénale correspondante, aussi grosse que la congénère, fut suivie avec soin. Là où existaient encore les cinq pyramides graisseuses, les ramifications artérielles se répondaient entre elles et la substance corticale à laquelle elles se distribuaient... A droite, le rein parut un peu plus volumineux que dans l'état normal, du reste à-peu-près sain, à l'exception de trois mamelons qui commençaient à subir la transformation graisseuse.

On peut encore consulter les observations de Morgagni (1), de Baader (2), de Sœmmering (3) et de Othmar Heer (4), relatives à des reins graisseux.

§ 901. Mais de tous les cas de dégénérescences graisseuses des reins parvenus à ma connaissance, le plus intéressant sans contredit est le suivant, qui m'a été communiqué par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker :

Une femme âgée de 45 ans, d'un embonpoint notable, entra le 25 août 1838 à l'hôpital Necker : face très colorée, lèvres bleuâtres, voix très voilée; respiration accélérée, haute; point de toux ni d'expectoration; pouls naturel, défaut absolu d'ap-

(1) Morgnagni. *De sed. et caus. morb.*, epist. XLVI, § 29.

(2) Baader. *Obs. med.*, XXXIV.

(3) Sœmmering. *Annot.* à la trad. allemande de l'Anat. path. de Baillie, S, 170, IV.

(4) Othmar Heer. *De renum morbis*, p. 33, in-4, Halæ, 1790.

pétit, selles très rares. — La malade n'a pas uriné, dit-elle, depuis quinze jours ; la sonde, introduite dans la vessie, ne donne pas issue à une seule goutte d'urine. Les deux jours suivans, la malade est sondée sans résultat.

A la percussion, la poitrine est plus sonore qu'à l'état normal, si l'on tient compte de l'épaisse enveloppe graisseuse du thorax. L'oreille appliquée dans toute l'étendue des parois thoraciques perçoit, surtout en arrière, du râle crépitant à grosses bulles, mêlé de râle sibilant. — Cœur sain.

Une première, puis une seconde saignée, pratiquées les deux premiers jours, diminuèrent sensiblement la gêne de la respiration. A partir du troisième jour, des diurétiques, des purgatifs, administrés par la bouche et en lavemens, n'amenèrent aucune évacuation d'urine ni de matières fécales. Le troisième jour, oppression des plus intenses; la poitrine se dilate avec effort; air hébété; point de réponses aux questions qu'on adresse; le pouls est plutôt lent qu'accéléré (*saignée de 3 palettes; sinapismes aux jambes; 2 gros de kermès*). Mort quelques heures après la visite.

Autopsie du cadavre dix-huit heures après la mort.

Etat extérieur. Raideur cadavérique très prononcée; couche graisseuse sous-cutanée de plusieurs pouces d'épaisseur.

Thorax. Adhérences presque générales des deux poumons; elles sont anciennes, celluleuses et résistantes. Veinules sous-pleurales gorgées de sang noir. Quatre cuillerées au plus d'un liquide séro-purulent dans la plèvre gauche. A la surface des poumons, nombreuses plaques blanches sous-pleurales, saillantes au plus d'une ligne, et qu'il est facile de reconnaître pour des lobules emphysémateux; léger engouement des poumons en arrière; bronches généralement injectées, sans épaississement ni ramollissement apparens de la membrane muqueuse; mucus purulent jusque dans les dernières divisions bronchiques. —Vaisseaux veineux et artériels, à l'état normal.— Cœur un peu plus volumineux que dans l'état sain et vide de sang. Quelques concrétions fibrineuses décolorées dans les oreillettes et dans les vaisseaux pulmonaires.

Abdomen. Le tube digestif examiné avec soin, de la bouche

à l'anus, n'a rien offert de remarquable, si ce n'est une diminution de volume du gros intestin dans sa moitié inférieure. — Foie sain; vésicule distendu par une grande quantité de bile; rate saine.

Les reins sont plongés dans une atmosphère graisseuse très épaisse, remarquable même au milieu des volumineux pelotons graisseux de l'épiploon et des intestins. Les reins ont conservé leur forme et leur volume naturel; mais ils paraissent transformés en deux masses d'une graisse compacte dans laquelle restent quelques vestiges de la substance tubuleuse. Les bassinets, les uretères et la vessie sont sains; celle-ci ne contient pas une seule goutte d'urine. Organes génitaux sains.

Crâne. Les sinus de la dure-mère contiennent très peu de sang; la substance du cerveau a une bonne consistance; point d'injection ni de dépôt séreux.

Les veines des membres, ouvertes en plusieurs points, sont presque vides de sang.

Dégénérescences des reins (tissus hétérologues).

§ 902. Les reins peuvent éprouver toutes les dégénérescences (tubercules, cancer (matière encéphaloïde, matière colloïde), matière jaune, mélanose) qu'on observe dans les autres organes. Ces dégénérescences des reins peuvent être primitives, lésions principales, causes de mort; ou bien, secondaires et peu graves comme lésion locale, dans des cas très prononcés de diathèses tuberculeuse, cancéreuse, etc.

Le cancer des reins n'est pas rare et l'affection tuberculeuse l'est beaucoup moins qu'on ne le croit communément.

Tubercules des reins.

§903. Les reins, leurs membranes et leurs conduits excréteurs peuvent offrir l'altération tuberculeuse à différens états, sous diverses formes et à différens degrés. La matière tuberculeuse

se reconnaît à son aspect blanc mat, le plus ordinairement avec une légère teinte grise jaunâtre, à sa friabilité et à ce qu'elle paraît amorphe au microscope.

Les tubercules peuvent être rares ou confluens, déposés en grains, en masse ou en nappes continues.

Quelquefois, et le plus souvent à la suite d'une inflammation aiguë ou chronique du tissu ambiant du rein, les tubercules se ramollissent, le foyer s'ouvre dans la cavité du bassinet, et l'expulsion de la matière tuberculeuse peut être suivie de véritables cavernes et de fistules rénales.

Dans quelques cas, il existe à peine quatre ou cinq petits grains tuberculeux; dans quelques autres, et, lorsque la dégénération est plus avancée, la matière tuberculeuse envahit les deux substances rénales, les calices, le bassinet et l'uretère, et quelquefois même les membranes extérieures du rein.

Dans la substance corticale des reins, la matière tuberculeuse est souvent déposée en petits grains disséminés, du volume d'un grain de millet et même d'un plus petit volume encore (Atlas, Pl. xlii, fig. 2). Le plus souvent ces grains tuberculeux ne sont pas saillans à la surface du rein, ni adhérens à sa membrane externe. Lorsqu'ils sont tout-à-fait de niveau avec la surface du rein, ils apparaissent quelquefois comme de petits points anémiques; mais, à la coupe, ils représentent la moitié d'un globule solide, qu'on peut détacher, avec la pointe du scalpel, de la substance du rein. Ordinairement on n'observe point, autour de ces tubercules en grains, le petit cercle rouge qu'on voit autour des points purulens dans les néphrites qui ont une apparence pustuleuse. D'ailleurs on peut toujours distinguer un grain tuberculeux d'un point purulent, en ce que la substance du premier, vue au microscope, paraît composée d'un grand nombre de globules grenus, tandis que celle du second, lorsqu'elle n'est pas mélangée de pus ou de sang, n'offre point de globules.

Quand la dégénérescence tuberculeuse en grains est confluente en quelques points, ces groupes au premier aspect semblent être une seule masse; mais, en faisant une coupe, on voit distinctement à la coupe que les grains tuberculeux qui forment

cette masse sont séparés par de petites lignes de substance corticale.

On rencontre aussi la matière tuberculeuse dans la substance corticale, sous forme de petites masses compactes (Atlas, Pl. xlii, fig. 5) du volume d'une noisette ou d'une olive, non grenue, lisse, d'une teinte blanche légèrement jaune, et dont l'aspect a une assez grande analogie avec celui de la coupe d'un marron d'Inde. Ces gros tubercules peuvent se ramollir. Quelquefois ces masses ramollies sont immédiatement contiguës à la substance corticale, ou bien elles sont séparées par une membrane très mince, de nouvelle formation, dont la face interne est légèrement aréolaire (Atlas, Pl. xlii, fig. 1). Cette membrane accidentelle ressemble beaucoup à celle que l'on trouve autour de certains abcès volumineux du foie.

La matière tuberculeuse peut être déposée dans les cônes, en grains ou en masses ; mais elle s'y présente, plus souvent que dans la substance corticale, en grains très rapprochés les uns des autres, disposés en stries et simulant de petits chapelets (Atlas, Pl. xlii, fig. 1), apparence qui est surtout frappante lorsqu'on les examine à la loupe (Atlas, Pl. xlii, fig. 3).

Quelquefois les tubercules sont déposés à la surface et dans l'épaisseur des mamelons, comme une poudre plus ou moins grossière, infiltrée à d'inégales profondeurs. Tantôt les mamelons paraissent plus gros et plus saillans que dans l'état sain ; d'autres fois ils sont très inégaux, déchiquetés ; enfin ils peuvent être complètement effacés par suite d'une rétention d'urine dans les calices consécutive à l'obstruction plus ou moins complète de l'uretère. Enfin, non-seulement les mamelons et la substance corticale peuvent être affaissés et atrophiés par ce mode de compression ; mais ils peuvent être déformés et détruits par une véritable ulcération tuberculeuse.

Autour des tubercules, la substance rénale affaissée ou comprimée est quelquefois tout-à-fait saine (Atlas, Pl. xlii, fig. 5). Elle est décolorée dans d'autres cas (Atlas, Pl. xliii, fig. 3) ; surtout lorsque les reins sont farcis de tubercules, les substances du rein paraissent injectées, imbibées de sang, et

offrent des nuances variées de rougeur (Atlas, Pl. xliii, fig. 1); enfin, dans les cas de néphrite tuberculeuse, on rencontre quelquefois de petits points purulens entre les tubercules crus ou ramollis. (Atlas, Pl. xlii, fig. 1).

Dans un certain nombre de cas, le volume des reins n'a pas paru sensiblement augmenté par le dépôt de la matière tuberculeuse (Atlas, Pl. xlii, fig. 2 et 5; Pl. xliii, fig. 1, 2, 3). Une circonstance peut leur faire acquérir des dimensions considérables : c'est la rétention de l'urine mélangée de matière tuberculeuse, dans les bassinets et les calices, et l'infiltration de ces conduits par cette même matière (Atlas, Pl. xliv, fig. 1). Il est rare que le volume des reins soit diminué.

L'affection tuberculeuse se présente aussi, sous diverses formes, dans la membrane muqueuse des calices, des bassinets et des uretères. Tantôt de petits grains tuberculeux, arrondis, blanchâtres, du volume de la tête d'une épingle, déposés dans l'épaisseur de la membrane muqueuse ou au dessous d'elle, la soulèvent inégalement et la rendent rugueuse (Atlas, Pl. xliii, fig. 3). Ces points sont quelquefois réunis en groupe ou tellement rapprochés, qu'ils forment des plaques saillantes, variables pour la forme et l'étendue.

Lorsque la totalité de la membrane muqueuse des voies urinaires est envahie, la surface cesse d'en être lisse et polie, comme elle l'est dans l'état sain. Lorsque cette membrane est profondément infiltrée de matière tuberculeuse, elle devient inégale, chagrinée et rugueuse; quelquefois elle paraît foliacée, comme si elle était couverte de parcelles de son, et l'urine lui communique souvent une teinte jaune brunâtre (Atlas, Pl. xlii, fig. 3).

La membrane muqueuse des calices, des bassinets et de l'uretère, présente quelquefois de petites ulcérations (Atlas, Pl. xlii, fig. 4) ovalaires, déprimées, blanches ou grisâtres, entourées de matière tuberculeuse, ou bien de larges excoriations d'un rouge vif, entourées d'un large dépôt de matière tuberculeuse en nappe.

La dégénérescence tuberculeuse se propage quelquefois du

bassinet et de l'uretère à la membrane muqueuse de la vessie (ATLAS, Pl. XLIII, fig. 1). Dans d'autres cas, on l'a vue s'étendre sur la membrane muqueuse du canal de l'urèthre, dans la prostate, les vésicules séminales, lors même que la vessie était peu altérée. (ATLAS, Pl. XLIII, fig. 4).

Lorsque l'affection tuberculeuse a envahi les conduits excréteurs de l'urine, le tissu cellulaire sous-muqueux est lui-même souvent infiltré de matière tuberculeuse, ou bien il est induré, épaissi. Les uretères, beaucoup plus volumineux que dans l'état sain, prennent l'apparence d'une tige solide, et le calibre en est plus ou moins rétréci. Ordinairement, au contraire, la cavité des calices augmente au lieu de diminuer, et cela, par l'effet de la distension que leur fait éprouver l'urine, dont le cours dans l'uretère est plus ou moins intercepté.

Par suite de l'infiltration tuberculeuse, les calices acquièrent alors une certaine rigidité qui les empêche de s'affaisser lorsqu'on fait une coupe aux reins, et cette circonstance, jointe à leur dilatation, leur donne l'apparence d'excavations tuberculeuses (ATLAS, Pl. XLIV, fig. 3).

Sur seize cas de dégénérescence tuberculeuse des reins, je n'ai vu que deux fois les membranes extérieures de ces organes participer à l'altération. Dans un cas, les tubercules déposés dans les membranes extérieures d'un des reins, rappelaient exactement, sauf la couleur, la disposition des croûtes du favus sur la peau (ATLAS, Pl. XLIII, fig. 11). Sur l'autre rein (ATLAS, Pl. XLIII, fig. 1), les membranes extérieures, ramollies, déchiquetées, réduites en filamens, étaient baignées par une couche liquide, formée de pus et de matière tuberculeuse en dissolution; ce foyer communiquait par un trajet fistuleux avec le colon descendant, enflammé et perforé.

Je n'ai point observé d'altérations des calices et des veines des reins dans l'affection tuberculeuse de cet organe. Les ganglions lymphatiques de la scissure participent ordinairement à l'altération lorsqu'elle est considérable.

Je n'ai vu que deux fois la dégénération tuberculeuse des reins chez les nouveau-nés et dans des cas de diathèse tuberculeuse. Un très petit nombre de grains tuberculeux étaient

disséminés dans la substance des reins, il n'y avait pas de matière tuberculeuse dans les uretères, le bassinet et les calices.

Chez les enfans d'un âge plus avancé, l'altération tuberculeuse ne se rencontre presque jamais à un haut degré dans la substance des reins, sans que la même altération ait envahi plus ou moins la substance tubuleuse et la membrane muqueuse des calices et des uretères. Sur seize cas de tubercules des reins, chez l'adulte, la matière tuberculeuse a été trouvée seize fois dans la substance corticale, quinze fois dans la substance tubuleuse et treize fois dans la membrane muqueuse des calices et des uretères.

Chez les vieillards, la dégénérescence tuberculeuse des reins est très rare, et, lorsqu'elle existe, elle est le plus souvent bornée aux substances tubuleuse et corticale.

On a dit que les deux reins étaient généralement attaqués. Cependant, sur seize cas d'affections tuberculeuses de ces organes, la maladie n'a atteint que six fois les deux reins, tandis qu'elle s'est montrée dix fois sur un seul rein, dont sept fois dans le rein gauche.

On a dit également que les enfans sont plus exposés que les individus d'un autre âge à l'affection tuberculeuse des reins ; cette assertion a besoin d'être vérifiée de nouveau par des calculs statistiques faits sur une grande échelle.

Lorsqu'il existe des tubercules dans les reins, non-seulement on en trouve presque toujours dans les poumons, mais le plus souvent dans d'autres parties de l'appareil génito-urinaire, dans la vessie, l'urèthre, les testicules, les conduits déférens, les vésicules séminales et la prostate chez l'homme, la cavité de la matrice et de la trompe chez la femme, dans le foie, les glandes mésentériques et l'intestin, etc.

§ 904. *Symptômes*. Pendant la vie, le plus souvent il est fort difficile de reconnaître le dépôt de la matière tuberculeuse dans les reins et dans leurs conduits excréteurs. Toutefois la difficulté n'est pas la même, suivant que les tubercules sont déposés dans les substances rénales, ou qu'ils occupent en même temps les conduits excréteurs de l'urine. En effet, je ne con-

nais aucun caractère dans la sécrétion urinaire, ni aucun autre moyen, à l'aide duquel on puisse diagnostiquer le dépôt de la matière tuberculeuse dans les substances rénales. Il est vrai que, dans quelques cas de tubercules des reins, on a constaté dans l'urine la présence d'une certaine quantité d'albumine : mais la présence de l'albumine dans l'urine est un phénomène commun à plusieurs maladies. D'ailleurs, on a vu l'affection tuberculeuse des reins coïncider avec l'altération particulière que j'ai décrite sous le nom de néphrite albumineuse chronique.

D'un autre côté, les reins infiltrés de tubercules sont rarement augmentés de volume, au point de former une véritable tumeur, lorsqu'il n'y a pas en même temps un obstacle au cours de l'urine, déterminé par une infiltration tuberculeuse de l'uretère. L'infiltration tuberculeuse des reins peut être accompagnée de l'inflammation des substances rénales, autour du dépôt tuberculeux; mais, en supposant que, dans un cas de diathèse tuberculeuse, on vînt à constater l'existence d'une douleur sourde dans les régions rénales, rendue plus vive par la percussion, cette douleur n'autoriserait pas à supposer l'existence d'une affection tuberculeuse des reins; car les reins, chez les phthisiques, peuvent devenir douloureux, indépendamment de dépôts tuberculeux.

Lorsque la matière tuberculeuse, infiltrée dans les mamelons, éprouve un ramollissement analogue à celui qu'elle subit fréquemment dans les poumons, souvent elle se détache et se mélange avec l'urine; ou bien, lorsqu'un semblable détritus tuberculeux est fourni par la surface des calices, du bassinet ou de l'uretère infiltrés de matière tuberculeuse, l'urine prend alors des caractères particuliers qui peuvent déceler la présence d'un dépôt tuberculeux dans les voies urinaires. Au moment de l'émission, l'urine est plus ou moins trouble, ou au moins elle tient en suspension des grumeaux de matière organique, non fibrineux, qui se déposent avec les sels de l'urine; et, si on examine au microscope ce sédiment, on voit qu'il est formé en grande partie de globules muqueux et quelquefois de globules sanguins, et d'une matière organique qui ne se dis-

sout pas dans les acides étendus, comme le font les phosphates et les urates, sels qui forment ordinairement le sédiment de l'urine. Cette matière organique, examinée au microscope, n'offre que des granu'es bien distinctes des globules de pus et des globules de sang. Le mélange de la matière tuberculeuse avec l'urine a d'ailleurs cela de particulier, qu'on observe souvent de très notables différences dans la proportion de cette matière anomale, non-seulement dans les diverses émissions opérées pendant plusieurs jours, mais encore dans les émissions d'une même journée. Jamais non plus la proportion de la matière tuberculeuse dans l'urine ne peut être comparée à celle du pus dans les cas d'inflammation du bassinet ou de la vessie; et, lorsque la matière tuberculeuse est mélangée avec le pus, ce qui arrive lorsque l'inflammation tuberculeuse des reins, des calices, du bassinet et de l'uretère, est compliquée d'inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires, parfois de véritables lamelles de la membrane muqueuse de la vessie, ainsi infiltrées de matière tuberculeuse, sont expulsées avec l'urine et visibles à l'œil nu, bien que l'urine soit en même temps chargée d'une quantité notable de mucus ou de pus. Cette coïncidence de l'inflammation de la vessie et notamment de la cystite tuberculeuse, avec la dégénérescence tuberculeuse des reins et de leurs conduits excréteurs, explique pourquoi on a observé quelquefois ,chez les malades, une sensibilité morbide dans l'hypogastre, des douleurs plus ou moins vives avant, pendant et après l'évacuation de l'urine, dont les émissions sont peu abondantes et très répétées, et d'autres symptômes communs à toutes les espèces de cystites. Toutes les fois donc que, chez un individu qui présente des signes non équivoques de dégénérescence tuberculeuse des poumons, on observe des accidens analogues à ceux que je viens d'énumérer, on pourra presque affirmer qu'il existe une dégénérescence tuberculeuse des reins et de la vessie, et parfois des testicules, si un d'eux est tuméfié, dur et bosselé sans avoir été atteint d'orchite blennorrhagique. Une autre circonstance peut venir fortifier le diagnostic. Par suite d'une infiltration tuberculeuse des uretères, l'urine peut s'accumuler dans le bassinet et

les calices, et les dilater, de manière à transformer le rein en une large poche multiloculaire, entièrement incrustée de matière tuberculeuse, et que l'on peut reconnaître par le toucher et par la percussion.

L'observation ayant plusieurs fois démontré la coexistence d'une lésion tuberculeuse des reins et des vertèbres, l'existence d'une affection tuberculeuse dans les reins, chez un individu atteint de carie tuberculeuse des dernières vertèbres dorsales ou des premières vertèbres lombaires, peut être rendue très probable par un dérangement de la sécrétion urinaire, lorsqu'il n'existe encore ni paralysie, ni rétention d'urine.

§ 905. *Causes.* On ne peut assigner au dépôt de tubercules dans l'appareil urinaire, d'autre cause que la disposition constitutionnelle, héréditaire ou acquise, que l'on désigne, dans l'ignorance où l'on est de sa nature, par le nom de diathèse tuberculeuse. Toutefois les tubercules ne se développent dans les reins des phthisiques que dans une très faible proportion. Cette proportion est plus considérable chez les enfans et plus considérable encore chez certains animaux.

L'inflammation n'a aucune influence sur le développement des tubercules chez les individus qui ne sont point prédisposés à cette dégénérescence. La fréquence des inflammations des reins, d'une part, et la rareté de l'affection tuberculeuse de l'autre, prouvent qu'il est même douteux, dans la plupart des cas au moins, qu'une excitation locale ait été l'occasion de la dégénérescence tuberculeuse des reins.

§ 906. *Pronostic.* Il est inutile d'ajouter que le pronostic de l'affection tuberculeuse des reins est toujours des plus graves. En effet, l'affection tuberculeuse des reins a lieu le plus souvent dans des cas où des tubercules infiltrés ou déposés occupent soit presque tous les organes, soit les poumons, ou enfin dans des cas de dégénérescence tuberculeuse d'organes voisins des reins. Dans le premier cas, la lésion tuberculeuse des reins hâte la mort, que devait inévitablement entraîner la lésion tuberculeuse des autres viscères et en particulier celle des poumons. L'affection tuberculeuse des reins

est aggravée par la rétention d'urine qu'amène presque toujours à sa suite la carie tuberculeuse des vertèbres.

Lorsque l'affection tuberculeuse des reins et de leurs conduits excréteurs constitue l'affection principale, lorsque cette dégénérescence n'est pas survenue chez un phthisique ou chez un individu atteint d'une lésion tuberculeuse dans les vertèbres, si on parvient à reconnaître la maladie pendant la vie, le pronostic est moins grave. On devra s'attacher à combattre la diathèse tuberculeuse par le régime animal très fortifiant, et par l'usage d'un vin généreux, des préparations martiales, en même temps que par l'emploi des bains gélatineux on calmera les accidens inflammatoires qui accompagnent souvent le dépôt de matière tuberculeuse dans les voies urinaires. Dans un cas d'affection tuberculeuse du testicule, j'ai vu la vessie s'affecter, l'urine se charger d'une matière qui avait l'apparence de la matière tuberculeuse et diminuer de pesanteur spécifique, et la douleur qui accompagnait l'émission très fréquente de l'urine diminuer par le repos et par l'usage des bains gélatineux. J'ajoute que, dans ce cas, l'exploration de la vessie, faite à plusieurs reprises avec beaucoup de soin, a toujours confirmé l'absence de corps étrangers.

Historique et observations particulières.

§ 907. Jusque dans ces derniers temps, on n'avait publié qu'un petit nombre d'observations sur les tubercules des reins et de leurs conduits excréteurs. Cependant, dans plusieurs auteurs anciens, il est vaguement question d'*athérômes* et d'autres altérations peu déterminées des reins; et ces affections étaient peut-être des affections tuberculeuses. Plusieurs auteurs (1) disent en outre que les indurations squirrheuses des reins peuvent avoir pour cause une affection scrofuleuse (*materies scrofulosa*).

Morgagni (2) rapporte le cas d'un jeune homme de 15 ans,

(1) D. Heer. *De renum morbis*, in-4. Halæ, 1790, p. 28.

(2) Morgagni. *De sedibus et causis morborum*, in-4. Lovanii, 1767, t. IV. p. 330. Epist. LXVIII, § art. 12.

chez lequel il s'était développé, en peu de mois, des tumeurs glanduleuses au col, dans l'aisselle, au dos, à la poitrine. Plusieurs de ces glandes étaient grosses comme un œuf de pigeon; une d'elles, située sous le muscle pectoral droit, avait trois pouces de longueur. Après la mort, on trouva les glandes du col remplies d'une matière blanchâtre, dont la plus grande partie était solide et comme sébacée. Les glandes axillaires, qui formaient une masse continue, contenaient une matière jaunâtre et sanieuse. L'épiploon offrait de petits corps durs, remplis d'une matière blanchâtre. Dans le voisinage de la rate et du mésocolon lombaire gauche, se trouvait une masse composée de plusieurs petites tumeurs de la grosseur d'un œuf de pigeon et qui contenaient la même matière que les glandes. Le pancréas et les ganglions du mésentère en étaient également remplis. La tunique graisseuse des reins, épaisse de deux travers de doigts vis-à-vis des vertèbres et de cinq travers de doigts dans la partie opposée, était remplie de cette même matière. Le rein gauche en était pénétré (*Proptereaque ren sinister, accedente etiam dura et strumosa, quœ materiam illam intersecabat, linea, pondo fuit unciarum circiter sex et triginta*).

Math. Baillie (1) a figuré l'altération tuberculeuse des reins et des uretères. Mais la manière dont il s'exprime au sujet des abcès scrofuleux et des tubercules des reins exige une explication(2) : « Il n'est pas rare, dit-il, de trouver des abcès scrofuleux dans le rein, mais rarement cet organe contient des tubercules scrofuleux. J'ai cependant eu l'occasion de rencontrer une fois ces tubercules qui ressemblaient parfaitement aux tubercules ordinaires des poumons. Aucun de ces tubercules n'était en suppuration. » Or, en supposant que les tubercules suppurés (abcès scrofuleux) soient plus fréquens dans les reins que les tubercules crus, Baillie s'est trompé; et son erreur provient évidemment de ce qu'il a pris pour des exemples d'abcès scrofuleux de véritables cas de pyélite calculeuse.

(1) Baillie. *A series of engravings to illustrate the morbid anatomy of the human body.* Lond., 1799-1812, in-4.

(2) Baillie. *Anat. patholog.*, in-8, Paris, 1815, trad. franç., par Guerbois,

G.-L. Bayle, dans son beau mémoire sur les tubercules (1), est le premier qui ait donné une bonne description des altérations qu'on rencontre dans les reins, les uretères, la vessie, la prostate, les testicules et les capsules séminales dans les cas d'affections tuberculeuses des voies urinaires. Dans le cas remarquable qu'il a publié comme un exemple de cette altération, le malade avait rendu du sang avec les urines. L'émission de l'urine était parfois empêchée par des caillots de sang dont l'expulsion ne pouvait être opérée qu'avec beaucoup de difficulté. Plus tard, le malade éprouva beaucoup de douleur en urinant, et immédiatement après l'émission de l'urine il ressentait une douleur très vive au bout de la verge; il lui semblait qu'on lui *lardait le canal de l'urèthre avec des épingles*. Les urines contenaient beaucoup de glaires. Cet homme n'avait jamais rendu de graviers, ni ressenti aucune douleur dans la région des reins; les poumons étaient remplis de tubercules; le larynx offrait des ulcérations; il y en avait également à la fin de l'intestin grêle. Le rein gauche était sain, de même que l'uretère gauche.

Le rein droit offrait un volume presque double de celui du rein gauche. Sa partie inférieure était saine; mais sa partie supérieure était très grosse et inégalement bosselée. Elle contenait trois tubercules qui égalaient le volume d'une petite noix, et un quatrième était aussi petit qu'une noisette. Ils étaient tous formés par une membrane molle, assez épaisse intérieurement, unie au tissu du rein, et remplie par une matière blanche, assez dense, caséiforme, et un peu ramollie dans le centre, plus ferme à la circonférence qui adhérait fortement avec l'espèce de couche membraneuse qui formait les parois des tubercules. Les calices étaient sains, le bassinet un peu épaissi; l'uretère, fort dilaté, avait un diamètre d'environ quatre lignes, depuis le bassinet jusqu'au détroit supérieur du bassin, et de près de deux lignes, depuis cet endroit jusque près de la vessie. La membrane interne de cet uretère était épaissie

(1) Bayle. *Remarques sur les tubercules* (*Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, etc., par Corvisart, Leroux et Boyer, t. VI, germin. XI, p. 26 et 36).

et d'un blanc cendré; elle semblait formée par une couche inégale de plâtre gris et mou, étendu en forme de membrane.

Les vésicules séminales offraient intérieurement le même aspect que la surface interne de cet uretère; et elles contenaient en outre une matière épaisse très ressemblante à de la magnésie un peu humectée d'eau.

L'épididyme gauche égalait la moitié du volume du testicule du même côté : il était d'un blanc rosé, son tissu ressemblait à celui d'une matrice saine. Il renfermait dans sa grosse extrémité un tubercule du volume d'une noisette; dans sa petite extrémité, de même que dans l'épididyme droit, il y avait plusieurs tubercules moins gros que des pois. Tous avaient une membrane extérieure fort molle, intimement unie avec le tissu de l'épididyme. Le centre de la matière intérieure, qui était caséiforme, commençait à se ramollir dans la plupart d'entre eux. La prostate n'avait pas augmenté de volume : elle contenait un tubercule, de la grosseur d'une noisette, formé par une matière d'un blanc jaunâtre, dont le centre était déjà pultacé et de consistance de bouillie homogène, tandis que la circonférence était encore fort dense. Le tissu propre de la prostate semblait écarté par la matière du tubercule. Il y avait encore dans cette prostate trois autres tubercules aussi petits que des lentilles, et fermes dans leur centre.

La vessie contenait un peu d'urine trouble, dans laquelle on voyait quelques flocons blanchâtres; sa tunique musculaire était à-peu-près saine; sa tunique muqueuse, légèrement épaissie, était enduite d'une matière muqueuse blanchâtre. Elle offrait un grand nombre d'ulcérations blanches superficielles, et aussi larges que la cornée transparente. On voyait sur ses replis nombreux une grande quantité de taches d'un rouge livide, longues de cinq à six lignes et larges d'une à deux lignes. Tout l'intérieur de la vessie était panaché de rouge livide et de blanc, ce qui était dû aux taches et aux ulcérations. Les replis colorés semblaient être des veines variqueuses; ils étaient entièrement imprégnés de sang, et la membrane muqueuse offrait un gonflement sensible dans les endroits rouges des taches livides. On ne pouvait apercevoir l'entrée des uretères, à cause des ulcérations.

Le conduit de la vésicule séminale gauche s'ouvrait à côté du veru montanum, par une ouverture capable d'admettre l'extrémité d'une plume de corbeau. Plusieurs conduits prostatiques auraient pu recevoir une tête d'épingle de moyenne grosseur. Ils étaient tous obstrués par une matière pultacée jaunâtre, que la compression faisait sortir sous forme de vermisseaux. Le veru montanum était fort saillant. La membrane muqueuse de l'urèthre était saine, depuis la fosse naviculaire jusqu'à la profondeur de deux pouces et demi, et, de cet endroit jusqu'à un pouce du veru montanum, elle était fortement teinte d'une couleur rouge noirâtre; mais on ne voyait ni ulcération, ni épaississement.

Howship (1) a publié le cas intéressant d'une femme de 26 ans, qui, pendant la vie, avait éprouvé de vives douleurs du côté de la vessie, et dont le rein et l'uretère droits furent trouvés après la mort atteints d'une altération tuberculeuse. La vessie offrait à sa surface interne un grand nombre de légères ulcérations, si peu apparentes, qu'elles auraient pu échapper à un examen peu attentif. L'affection de la vessie était plus marquée dans le voisinage du col de cet organe. Cette altération du rein a été désignée par Howship sous le nom d'*abcès scrofuleux*.

Howship parle aussi d'une même affection du rein chez un garçon scrofuleux (2), et il dit que, dans l'inflammation simple (*healthy inflammation*), la région rénale est le siège de la principale souffrance, tandis que, dans l'*inflammation scrofuleuse*, l'irritation sympathique vers le col de la vessie prédomine (3). Toutefois, je crois pouvoir affirmer que cette assertion n'est point exacte. Les infiltrations tuberculeuses des reins ou des bassinets ne déterminent point, par elles-mêmes, de douleurs sympathiques à la vessie : ces douleurs appartiennent réelle-

(1) John Howship. *A practical treatise on the symptoms, causes, discrimination and treatment of some of the most important complaints that affect the secretion and excretion of the urine*, in-8, London, 1823, p. 44.

(2) *Ibid.*, p. 26.

(3) *Ibid.*, p. 24.

ment à la cystite tuberculeuse, qui, il est vrai, accompagne assez souvent les dégénérescences tuberculeuses des reins et de leurs conduits excréteurs. Howship, dans un cas douteux (1), guidé principalement, à ce qu'il paraît, par l'absence d'un calcul dans la vessie, coïncidant avec des douleurs atroces pendant l'émission de l'urine, diagnostiqua une affection scrofuleuse du rein chez une jeune dame d'une constitution scrofuleuse.

A. Maréchal (2) rapporte que, chez une jeune fille, âgée de 14 ans, paraplégique, et chez laquelle on trouva, après la mort, des traces d'inflammation du tube digestif et des poumons, il y avait des tubercules dans les poumons et dans les reins.

Duchapt (3) a vu le rein, l'uretère et la vessie envahis par des dépôts de matière tuberculeuse, chez un sujet affecté de tumeurs blanches et de phthisie pulmonaire.

Dans les recherches sur l'affection tuberculeuse, chez les singes, le docteur Reynaud (4) a noté que, dans les reins, les tubercules étaient en petit nombre, situés peu profondément dans l'épaisseur de l'organe et beaucoup plus petits que ceux qui étaient les plus communs dans le foie. Dans leur centre ou dans d'autres portions n'existait aucun point ramolli; les parties voisines, ainsi que l'organe partout ailleurs, semblaient être dans leur état le plus régulier.

M. Wilson (5) parle des tubercules à l'état de crudité dans les reins et d'*abcès scrofuleux* dont les parois sont tapissées par une matière pulpeuse. Dans cette description, il est évident que les pyélites tuberculeuses sont désignées sous le nom d'*abcès scrofuleux* des reins; et que M. Wilson, comme Baillie, a considéré de simples pyélites, et surtout des pyélites

(1) Howship. *Ouv. cité*, p. 26.

(2) *Journal hebdomadaire*, t. II, p. 494, Paris, 1829.

(3) *Bulletin de la soc. anatomique.* — *Revue médicale*, 1831, t. II, p. 383.

(4) Reynaud (A.-C.). *De l'affection tuberculeuse des singes*, etc. (Arch. gén. de méd., mars 1831, vol. XXV, p. 301).

(5) James Wilson. *Lectures on the structure and physiology of the male urinary and genital organs*, etc., in-8, London, 1821. p. 281.

avec fausses membranes, comme des *abcès scrofuleux* des reins.

Le docteur Craigie (1) mentionne un cas d'une double affection tuberculeuse des reins.

M. Pasquet (2) rapporte un autre cas intéressant d'affection tuberculeuse des deux reins, des uretères, de la vessie, des poumons et des membranes du cerveau. Pendant la vie, on avait senti, à travers les parois du ventre, du côté droit, et un peu au-dessus de l'ombilic, une tumeur dure, arrondie, du volume d'un petit œuf de poule.

M. Kœnig (3) a adopté les principales opinions d'Howship sur les tubercules des reins ; mais il a confondu, et plus positivement encore que Baillie et M. Wilson, les véritables affections tuberculeuses des reins avec des suppurations résultant évidemment de pyélites ordinaires. Du reste, Kœnig cite (4) un cas intéressant de tubercules des deux reins, qui lui a été communiqué par le docteur Roloff de Cologne.

Enfin, le docteur F. Ammon (5), professeur à Dresde, a publié plusieurs observations de tubercules développés dans les reins.

La première observation a pour objet une petite fille de 3 ans et demi, dont la mère était morte phthisique, et qui elle-même présentait l'état scrofuleux d'une manière bien caractérisée. Avant que la tumeur, produite par le rein tuberculeux, ne fût très volumineuse, le docteur Ammon parvint à la diagnostiquer, en considérant l'état scrofuleux de la malade, l'absence de symptômes du côté de l'estomac, de la rate et des autres viscères de l'abdomen, le trouble de la sécrétion urinaire, et enfin la forme et la situation de la tumeur. La maladie offrit quelques alternatives d'amélioration et de rechutes. La tumeur acquit un développement considérable ; quelque temps

(1) *Edinb. med. and surg. journ.*, vol. XLI, p. 79.

(2) *Bulletins de la société anatomique de Paris*, juin 1838, p. 149.

(3) Kœnig (Georges). *Praktische Abhandlung über die Krankheiten der Nieren*, in-8, Leipzig, 1826, S. 204.

(4) *Ibidem*, S. 218.

(5) Rust's. *Magazin für die gesammte Heilkunde*, B. XL, part. 3, S. 500. — Arch. génér. de méd., t. XXXV, page 462, 1834.

avant la mort, elle dépassait la ligne blanche, elle s'étendait de haut en bas, depuis la région cardiaque au-dessous des côtes qu'elle soulevait, jusqu'au-delà de la crête iliaque. L'urine, qui se sécrétait assez régulièrement, répandait une odeur fétide et déposait un sédiment briqueté, muqueux et jaunâtre. A l'ouverture du corps, on trouva le rein gauche transformé en une masse énorme, ronde, présentant quelques traces de la forme primitive, une sensation de fluctuation, et composé par de la substance tuberculeuse qui avait fait disparaître tout le tissu du rein. Les calices étaient très dilatés. La substance tuberculeuse était jaunâtre, ramollie, mais sans vaisseaux sanguins. Le rein droit offrait, pour toute lésion, une augmentation de volume et un peu de ramollissement. On observait encore un peu de matière tuberculeuse sur le trajet des artères et des veines émulgentes, mais aucun autre organe n'en contenait.

Dans la seconde observation, une femme, âgée de 49 ans, hystérique, était atteinte de tubercules des reins, dont la présence n'était indiquée que par les symptômes suivans : ténesme, excrétion urinaire douloureuse, dépôt muqueux, blanc sale de l'urine, tiraillemens dans les membres inférieurs, alternant avec le froid de ces parties, et accompagnés de quelques douleurs dans le bas-ventre ; la malade succomba à la phthisie aiguë dans l'espace d'un mois. La malade n'avait éprouvé de douleur qu'au col de la vessie et à l'orifice de l'urèthre. Les principales altérations, démontrées par l'autopsie, sont les suivantes : poumons remplis de tubercules ; sommet du cœur recouvert par une couche gélatiniforme ; rein gauche développé au double de son volume ; substance mamelonnée de ce rein considérablement hypertrophiée ; substance du même organe transformée en une masse de tubercules de grosseurs diverses, depuis un grain de millet jusqu'à une aveline, et séparés les uns des autres par des brides irrégulières de substance corticale encore saine.

La troisième observation nous offre les circonstances suivantes : 19 ans, disposition scrofuleuse, entérite, laissant après elle une douleur fixe à l'épigastre, qui déterminait parfois le vomissement. Constipation habituelle ; plus tard, douleur dans

l'hypochondre gauche, hématurie; urine parfois épaisse et jaunâtre; dans le flanc gauche, tumeur bosselée, grosse comme une pomme; accroissement de douleurs; fièvre intense; les douleurs devinrent périodiques et se propageaient souvent en suivant le trajet de l'uretère gauche jusqu'à la vessie; sensation d'engourdissement dans la cuisse gauche; les poumons contenaient une grande quantité de tubercules; le rein gauche était gros comme la tête d'un enfant d'un an; tout son parenchyme offrait une dégénérescence lardacée, au sein de laquelle se trouvaient plusieurs tubercules de diverses grosseurs et à différens degrés.

Enfin, dans la quatrième observation, il s'agit d'une femme de 50 ans, atteinte à-la-fois de phthisie et de maladie organique du cœur, et dont le rein gauche renfermait beaucoup de matière tuberculeuse.

§ 908. Depuis une douzaine d'années, j'ai observé un assez grand nombre d'exemples de cas de tubercules des reins et de leurs conduits excréteurs, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Je rapporterai, ici, plusieurs de ces observations dont je formerai trois séries : la première comprendra les cas où la matière tuberculeuse, simplement déposée dans les substances rénales, n'avait donné lieu à aucun dérangement du côté des voies urinaires; la deuxième comprendra les cas où la matière tuberculeuse était déposée non-seulement dans les reins, mais encore dans leurs conduits excréteurs; enfin, la troisième se composera des cas dans lesquels la vessie et quelquefois la prostate et le canal de l'urèthre étaient également tuberculeux.

§ 909. *Première série.* — Les faits qui appartiennent à cette série sont des cas de diathèse tuberculeuse, dans lesquels la maladie avait attaqué plus spécialement d'autres organes que les reins, et était, pour ainsi dire, seulement inscrite dans ces organes. En de tels cas, les symptômes de la phthisie ou de l'entérite tuberculeuse constituaient réellement l'expression de la maladie, et la lésion rénale avait peu ou point de valeur. Il est inutile d'ajouter que tout ce qu'on a écrit jusqu'à ce jour sur les signes des tubercules des reins est entièrement étranger à ce degré de l'altération.

Chez un jeune homme de 26 à 27 ans, mort de carie tuberculeuse de la colonne vertébrale, dans le service de M. Velpeau, et qui présentait de nombreux tubercules dans les poumons et dans les ganglions lymphatiques du bas-ventre, de la poitrine et du col, la substance corticale des deux reins offrait aussi de la matière tuberculeuse à l'état de crudité. Il existait, dans la partie supérieure des reins, une masse tuberculeuse du volume d'une noix (ATLAS, Pl. XLII, fig. 3). La vessie et les uretères ne présentaient point d'altération tuberculeuse. Pendant la vie, l'urine n'était point trouble au moment de l'émission; il en était de même dans les observations suivantes :

OBS. I. — Phthisie pulmonaire; petits tubercules dans la substance corticale et au sommet des mamelons.

Roux (Antoine), âgé de 31 ans, mourut de phthisie, à l'hôpital de la Charité, sans avoir présenté d'altération remarquable de l'urine, étrangère à la phthisie. L'autopsie du cadavre fut faite trente-six heures après la mort.

Tête. Caillots fibrineux dans le sinus longitudinal supérieur; surface supérieure des hémisphères très injectée; arborisation générale très remarquable dans la pie-mère; lorsqu'on la détache, le sang s'écoule des anfractuosités du cerveau. La substance blanche est injectée et rose; sérosité dans les ventricules latéraux. A la face inférieure du cerveau, la pie-mère est très injectée; en avant du lobe moyen du côté gauche, concrétion jaunâtre de lymphe coagulable dans la pie-mère; les veines du cerveau sont très injectées.

Rachis. Dépôt considérable de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde rachidienne. La moelle épinière, incisée dans toute sa longueur, présente à sa partie inférieure, là où commence la queue de cheval, une injection et un ramollissement notables.

Col et poitrine. Ulcérations sur les cordes vocales du larynx. Le cartilage arythénoïde droit est à nu et en partie détruit; plusieurs ulcérations dans la trachée suivant la direction des fibres cartilagineuses; l'épiglotte est saine.

Concrétion fibrineuse jaune de formation déjà ancienne, dans l'oreillette droite; large caverne au sommet du poumon droit; tubercules disséminés dans le reste du poumon; même disposition dans celui du côté opposé; le foie sain, la rate petite. Les deux reins présentent à l'extérieur, 1° des taches rouges de forme lenticulaire; 2° des plaques noirâtres tout-à-fait semblables à des ecchymoses; 3° des points blancs ou blanchâtres durs et consistans comme les granulations des poumons. De semblables points blancs (tubercules miliaires) existent au sommet de plusieurs mamelons.

§ 910. M. Campaignac m'a montré un rein d'un individu mort de phthisie pulmonaire et de pleurésie chronique, et dans lequel existaient cinq à six grains tuberculeux déposés dans la substance corticale. La substance tubuleuse, les calices et les uretères étaient sains; la rate contenait un plus grand nombre de tubercules disséminés dans son tissu. L'autre rein était sain; les capsules surrénales étaient dans l'état normal.

On n'avait noté aucune altération particulière de l'urine.

Obs. II. — Ichthyose; épaississement du derme; hypertrophie des papilles; entérite intercurrente; diarrhée; vomissemens; mort. — Tubercules dans les poumons, dans le foie, la rate et surtout dans les reins; ulcérations tuberculeuses des intestins.

N..., âgé de 20 ans, entra à l'hôpital de la Charité, pour s'y faire traiter d'une ichthyose qui occupait presque toute la surface du corps, et surtout très prononcée dans le sens de l'extension. Cette affection avait résisté à tous les traitemens. Durant son séjour à l'hôpital, une entérite aiguë très intense se manifesta. Le malade ne pouvait prendre d'alimens. Les boissons rafraîchissantes ou émollientes, l'eau de Seltz, le lait, tout était vomi. La saignée, les sangsues, les vésicatoires ne procurèrent qu'un amendement passager. Il survint de la toux; les signes stéthoscopiques des tubercules, d'abord assez obscurs, devinrent très significatifs; une expectoration abondante de crachats purulens annonça la mort, qui eut lieu après un mois de souffrances aiguës.

L'urine fut constamment transparente au moment de l'émission.

Autopsie du cadavre. — Abdomen. Les deux reins sont un peu augmentés de volume; leur tissu est ferme et résistant; ils offrent l'un et l'autre, dans une zone assez étendue, voisine de la scissure, une teinte jaune pâle. Cette décoloration est uniforme, et interrompue seulement par quelques petites taches brunes irrégulières; ces petites taches sont déprimées à l'extrémité des reins et à leur bord convexe. Ces décolorations ont lieu dans l'épaisseur comme à la surface de ces organes. De petits dépôts tuberculeux d'un aspect jaune, du volume d'une tête d'épingle ou d'un petit pois, existent dans la substance corticale. Ces grains tuberculeux sont tout-à-fait analogues, pour la forme, le volume, la couleur, à d'autres dépôts de nature tuberculeuse qui existent dans le foie et la rate. Dans la substance corticale du rein gauche, il y a, en outre, une masse tuberculeuse du volume d'une aveline; elle est jaune et compacte dans ses couches superficielles, et ramollie dans son centre, formé d'un liquide mélangé de grumeaux tuberculeux. Autour de cette petite masse tuberculeuse, on voit plusieurs grains tuberculeux. La membrane interne des calices, du bassinet, des uretères et de la vessie est parfaitement saine.

La membrane muqueuse a une teinte pâle dans l'estomac, et une coloration noire très prononcée et uniforme dans le jéjunum et l'iléon, où les follicules isolés sont volumineux et blanchâtres. Au commencement de l'iléon, quelques ulcérations profondes occupent toute la circonférence de l'intestin. Dans quelques points, la membrane péritonéale est à nu; dans d'autres, elle est recouverte de petites granulations tuberculeuses, isolées, friables ou ramollies, qui se réunissent pour former des bourrelets saillans sur les bords des ulcérations. Ces ulcérations sont beaucoup plus nombreuses et plus étendues vers la partie inférieure de l'iléon près de la valvule iléo-cœcale, où elles tendent à se réunir et à se confondre par leurs bords, de manière à offrir de larges surfaces. Dans le gros intestin, la membrane muqueuse a une couleur noire très prononcée. Il y a dans le foie et la rate un petit nombre de tubercules semblables à ceux des reins. Du reste, le

tissu de ces organes est sain, même dans les points qui sont immédiatement en contact avec la matière tuberculeuse.

Les ganglions mésentériques sont gonflés, et plusieurs sont infiltrés de matière tuberculeuse La surface du péritoine est lisse et saine, sauf dans les points qui correspondent aux ulcérations, et où elle est rouge ou ardoisée.

Poitrine. Les lobes supérieurs des deux poumons sont criblés de tubercules; le tissu pulmonaire est induré et grisâtre; il n'y a que trois petites cavernes tuberculeuses.

État extérieur. La peau de la face antérieure des cuisses et des avant-bras, soumise à la macération, présente à l'œil nu des rides et des mamelons. On peut facilement constater l'épaississement et la densité augmentée du derme et l'hypertrophie considérable des papilles. Elles sont surmontées d'une couche épidermique deux ou trois fois plus épaisse que dans l'état sain.

Obs. III. — Tubercules miliaires dans les reins; tubercules dans un calice et dans les capsules surrénales; un seul petit tubercule dans le foie; tubercules très nombreux et excavations dans les poumons.

Richard, âgée de 43 ans, brodeuse, entra à l'hôpital de la Charité le 30 juin 1836.

Hémoptysies antérieures, dyspnée, peu de sonorité du thorax, surtout à la partie supérieure du poumon gauche; respiration rude, caverneuse au sommet du poumon gauche, avec gargouillement; maigreur, constitution ruinée, apparence de la phthisie au dernier degré; voix rauque et très faible; sueurs nocturnes; diarrhée; mort le 19 juillet 1836.

Cette femme n'avait jamais eu de dartres, ni accusé d'accidens du côté des voies urinaires; l'urine était transparente au moment de l'émission.

Autopsie du cadavre. — *Tête*. Le cerveau et ses dépendances dans l'état sain.

Poitrine. Le poumon droit est farci de tubercules, presque tous isolés et formant seulement en quelques points de petites masses. Le lobe supérieur est plus criblé de tubercules que les deux autres lobes. La dégénération tuberculeuse est encore plus

marquée dans le poumon gauche. On remarque, dans le lobe supérieur de ce poumon, trois petites cavernes pouvant contenir chacune une noisette. Le cœur et le péricarde dans l'état sain.

Abdomen. Le foie est très volumineux, et son tissu paraît gras à la coupe. Dans quelques points les conduits biliaires hépatiques semblent plus larges qu'à l'ordinaire. A la surface du foie, on voit un tubercule, blanchâtre, arrondi, gros comme la tête d'une forte épingle. Le péritoine est sain; les ganglions abdominaux ne sont pas tuberculeux.

Le rein droit est volumineux. Dépouillé de ses membranes, il présente sur sa face antérieure sept points blancs jaunâtres, sans cercle rose à leur circonférence, assez solides à la coupe, ayant les caractères des grains tuberculeux. Un de ces tubercules, plus volumineux que les autres, a la dimension d'un grain de cassis. La face postérieure du rein présente aussi plusieurs petits tubercules disséminés. Trois ou quatre d'entre eux avaient la dimension d'un grain de cassis. Vers le milieu de cette face du rein, on remarquait un groupe de grains tuberculeux contigus, de la dimension d'une pièce de 20 sous. En incisant cette masse tuberculeuse suivant son épaisseur, on voyait mieux encore qu'elle était formée par une infiltration de grains tuberculeux très rapprochés les uns des autres. Plusieurs petits tubercules ne faisaient pas saillie à l'extérieur. La matière tuberculeuse était infiltrée dans les cônes de plusieurs mamelons. On remarquait, en outre, de petits kystes à la surface du rein. Du reste, les deux substances du rein, même dans le voisinage des tubercules, avaient leur consistance et leur couleur naturelles. Les bassinets et les calices n'étaient point altérés.

La capsule surrénale droite contenait plusieurs petites masses tuberculeuses du volume d'une noix, et d'autres du volume d'une noisette. La matière tuberculeuse, d'un blanc jaune mat à la coupe, avait l'aspect de la pomme de terre crue ou mieux du marron, comme celle des tubercules du foie dont elle avait aussi la consistance. Par suite de cette dégénérescence tuberculeuse la capsule surrénale adhérait au rein, dont la membrane fibreuse

était devenue méconnaissable; et, dans ce point, la substance corticale avait éprouvé une légère diminution de consistance.

La capsule fibreuse du rein gauche était plus adhérente que dans l'état ordinaire; plusieurs tubercules étaient disséminés dans le rein. En comparant le rein gauche au rein droit, la seule différence que nous ayons remarqué a été l'existence d'une petite quantité de matière tuberculeuse à la surface d'un mamelon et quelques petites élevures tuberculeuses sur la membrane muqueuse d'un calice. Un des cônes était fortement infiltré de matière tuberculeuse; l'extrémité du mamelon, entièrement envahie par la matière tuberculeuse, faisait saillie dans un calice dont les membranes étaient tellement encroûtées de matière tuberculeuse qu'elles étaient méconnaissables.

La capsule surrénale, plus volumineuse que dans l'état sain, contenait plusieurs masses tuberculeuses ayant la même apparence que les précédentes.

§ 911. *Deuxième série.* — Les cas appartenant à cette série sont assez rares; ce sont ceux dans lesquels l'affection tuberculeuse a envahi à-la-fois les substances rénales, les calices et le bassinet, sans s'être étendue aux uretères et à la vessie. Rien ne prouve que ces cas soient accompagnés, pendant la vie, de douleurs ou de ténesme vésical. Cependant, si des grumeaux tuberculeux descendaient en abondance des bassinets dans la vessie, il se pourrait qu'on observât quelques-uns des symptômes qu'on rencontre toujours ou presque toujours dans les cas de complication de cystite tuberculeuse avec les tubercules des reins.

Obs. IV. — Phthisie laryngée et tuberculeuse; tubercules dans les reins.

François, âgé de 40 ans, succomba à la phthisie pulmonaire le 3 août 1831, à l'hôpital de la Charité. Les poumons offraient un assez grand nombre de granulations miliaires; le droit était notablement emphysémateux. Le lobe supérieur du poumon droit était infiltré de tubercules. Il y avait une vaste caverne au sommet du poumon gauche, où la dégénérescence tuberculeuse était très avancée. Tubercules en nombre consi-

dérable à différens états de ramollissement ou de dureté. L'épiglotte était ramollie, ulcérée, frangée à la base comme un col de matrice ulcéré; la membrane muqueuse du larynx était ulcérée dans plusieurs points et gonflée dans toute son étendue. Ulcération du cartilage arythénoïde et des ligamens de la glotte; quelques ulcères dans la partie supérieure de la trachée; bronches pâles et roses. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche du cœur, dont les valvules sont saines; un verre de sérosité dans le péricarde; estomac sain; traces de péritonite hépato-gastrique, ancienne. Le foie a une bonne consistance; plusieurs glandes mésentériques sont très volumineuses; vaisseaux lymphatiques correspondans très apparens; la rate d'une couleur brun foncé, assez grande et de bonne consistance.

Le rein droit est beaucoup plus volumineux que le gauche; l'artère émulgente droite est cependant notablement plus petite que la gauche. Le rein droit a quatre pouces au moins de long d'une extrémité à l'autre; le bassinet, très dilaté, est imprégné d'une matière blanche, homogène, granulée; cette imprégnation se prolonge dans les calices. La substance du rein, refoulée et atrophiée dans cinq ou six points, est remplacée par de larges cavernes enduites d'une couche de matière tuberculeuse d'une à deux ou trois lignes d'épaisseur. Le dépôt de cette substance se continue sans aucune interruption dans toute la longueur de l'uretère; ce conduit a la grosseur du doigt annulaire d'un adulte.

Le rein gauche, plus petit que le droit, est très foncé; sa substance tubuleuse est infiltrée de quelques tubercules.

Dans les deux reins, les grosses veines sont saines.

La vessie est un peu injectée; le canal de l'urèthre est sain dans son tiers antérieur et malade dans les deux postérieurs. Là commence un rétrécissement qui va se terminer à un cul-de-sac en avant de la prostate; une sorte de canal irrégulier continu avec la fin du rétrécissement et situé au-dessus du cul-de-sac communique directement avec la vessie.

Le testicule gauche fait hernie à travers l'anneau; il est atrophié et contient un tubercule déjà ramolli.

§ 912. *Troisième série.* — Les observations de cette troisième série sont relatives à des cas dans lesquels la dégénérescence tuberculeuse des voies urinaires s'est étendue à presque toute leur surface et notamment à la vessie. Le plus souvent alors l'affection tuberculeuse des reins et de leurs conduits excréteurs peut être, sinon reconnue, au moins soupçonnée, pendant la vie, à des caractères déjà indiqués (§ 904).

Obs. V. — Tubercules en grains et en petites masses, infiltrés dans la substance du rein, dans la membrane muqueuse du bassinet, de l'uretère et de la vessie; altération jaune semi-transparente de la substance corticale des reins dans le voisinage des tubercules.

M. Vigla m'a remis un rein tuberculeux, provenant d'un malade mort dans le service de M. Ricord. Ce rein, plus volumineux que dans l'état sain, pesait environ sept onces. Il offrait à la coupe les dispositions suivantes. La membrane muqueuse du bassinet et des calices, extrêmement épaissie, d'un blanc jaunâtre, avait un aspect grenu, d'une teinte café au lait. Cet épaississement du bassinet était évidemment dû à la matière tuberculeuse qui était également infiltrée dans la membrane muqueuse de l'uretère. Ce conduit cylindrique et solide était au moins double de son volume ordinaire; mais son calibre n'était pas augmenté dans la même proportion : au contraire, il paraissait comme obstrué par l'infiltration tuberculeuse de la membrane muqueuse. La membrane externe de l'uretère et la couche celluleuse pouvaient être facilement détachées de la membrane fibreuse. Celle-ci était épaisse et avait assez de ressemblance avec la tunique jaune de l'aorte. Quant à la membrane muqueuse, on pouvait la diviser artificiellement en deux ou trois lames, mais on ne pouvait l'isoler du dépôt qui l'avait pénétrée.

Une masse tuberculeuse, ramollie, du volume d'une grosse noix, était logée dans la substance corticale, à l'extrémité inférieure du rein, et on remarquait une rougeur vive autour d'elle; cette masse tuberculeuse paraissait entourée d'une membrane celluleuse. Toute la substance corticale était infiltrée de matière tuberculeuse, disposée en grains isolés ou en séries

dans la direction des stries de la substance corticale. On remarquait un petit cercle rouge autour de tous ces petits dépôts. La matière tuberculeuse était infiltrée en masses plus considérables dans d'autres points, voisins de la base des cônes. Quant à la substance corticale elle-même, dans les points où elle n'était point infiltrée de tubercules, elle avait une teinte morbide, approchant de celle de l'abricot et semi-transparente comme certaines gelées de viandes, très foncées; mais elle avait sa consistance naturelle. Les veines et les artères étaient saines; les membranes des reins n'offraient point d'altération.

La membrane muqueuse de la vessie, surtout dans le point correspondant à l'orifice de l'uretère malade, offrait un dépôt de matière tuberculeuse.

L'autre rein était parfaitement sain.

Le malade avait été traité pour une diathèse scrofuleuse et pour des ulcères à la face, regardés comme scrofuleux et vénériens. Il y avait des tubercules dans les poumons.

Obs. VI. — Tubercules des reins; altération tuberculeuse du rein droit, du bassinet, de l'uretère de la vessie et de l'urèthre, etc.

Moulin (Joséphine), âgée de 28 ans, couturière, mourut, le 14 août 1831, de phthisie pulmonaire, à l'hôpital de la Charité.

Le rein droit avait le volume et la forme d'un rein ordinaire, mais, à l'extérieur et à travers sa membrane propre, on distinguait un assez grand nombre de petits points d'un blanc légèrement jaunâtre. Ces petits points du volume de la tête d'une grosse épingle étaient formés par de la matière tuberculeuse, infiltrée dans le tissu du rein. Après avoir incisé cet organe en deux parties égales, nous reconnûmes que de la matière tuberculeuse était déposée : 1° dans l'épaisseur et à la surface de la membrane muqueuse du bassinet et de l'uretère; 2° dans la substance tubuleuse et notamment dans les mamelons; 3° dans la substance corticale.

La cavité du bassinet paraissait comme tapissée dans toute son étendue par une pseudo-membrane jaunâtre, de nouvelle formation qui se prolongeait à l'extrémité supérieure du rein dans une espèce de caverne, dont la surface était inégale. En

grattant avec le scalpel la surface de la membrane interne du bassinet, on ne pouvait que très difficilement détacher la matière tuberculeuse avec laquelle elle était confondue. A l'intérieur du bassinet, on voyait aussi des points blanchâtres, du volume de la tête d'une petite épingle, formés par de la matière tuberculeuse déposée dans l'épaisseur de sa membrane interne. Un deuxième degré de l'altération était constitué par de *petites ulcérations* de la membrane muqueuse, tantôt d'une demi-ligne de diamètre, tantôt plus larges et irrégulières, et dont les dimensions étaient indiquées par un léger liseré, comme les ulcères tuberculeux de la trachée ou des bronches. La surface de ces petites ulcérations étaient enduite d'une matière jaune, très adhérente, tout-à-fait semblable à celle qui tapissait l'intérieur du bassinet.

Plusieurs mamelons étaient d'un blanc jaune et tellement imprégnés de matière tuberculeuse qu'on ne distinguait aucune de leurs fibres ; en avançant vers l'extérieur du rein cette matière était déposée en petites traînées globuleuses et plus rarement en nappes. Autour des tubercules la substance du rein était injectée. Le sommet d'un des mamelons était détruit, probablement par suite d'une fonte tuberculeuse. A l'extrémité supérieure du rein, là où un calice dilaté formait une espèce de caverne, on ne distinguait plus de mamelons, et l'épaisseur du rein, y compris sa membrane externe et la membrane interne du calice, n'était guère que d'une ligne et demie. Le rein était parsemé de grains blancs, analogues aux tubercules du péritoine. Les petits vaisseaux, examinés avec soin, ne contenaient point de matière tuberculeuse.

L'uretère, double de son volume ordinaire, formait une corde solide, disposition qui était due à l'imprégnation de sa membrane interne par la matière tuberculeuse; la membrane fibro-celluleuse était saine.

La vessie offrait une altération analogue à celle de l'uretère : 1° de petits points blancs semblables aux grains tuberculeux de l'intestin; 2° de petites ulcérations, superficielles comme de petits aphthes, les unes uniques et d'une demi-ligne de diamètre environ, les autres un peu plus grandes, d'autres irrégu-

lières, évidemment formées par plusieurs petites ulcérations réunies. Ces ulcérations n'intéressaient pas la membrane musculeuse. Le bas-fond de la vessie et la portion qui correspond à l'orifice de l'uretère droit, étaient enduits d'une matière jaune qui, comme dans l'uretère et dans le bassinet, faisait corps avec la membrane muqueuse. La membrane muqueuse du canal de l'urèthre offrait une semblable altération. Le bas-fond de la vessie était, en outre, plus injecté que dans l'état sain. Le rein et l'uretère gauches étaient sains.

La matrice et ses dépendances n'offraient point d'altération tuberculeuse. Sur le col de l'utérus, vers l'orifice vaginal, la membrane interne était détruite sans que le tissu de l'utérus parût altéré. Les deux poumons, parsemés de tubercules, offraient des cavernes à leur sommet. Le larynx était sain; il y avait plusieurs ulcérations dans la trachée et des ulcérations tuberculeuses dans l'intestin. Les ganglions lymphatiques du mésentère étaient tuberculeux; le foie commençait à passer à l'état graisseux; la rate était saine; l'estomac, le cœur et les gros vaisseaux, sans lésions remarquables. Le cerveau ne fut pas examiné.

Obs. VII. — Cystite et pyélite tuberculeuse du rein droit à la suite d'une érosion des trois dernières vertèbres lombaires et d'un abcès par congestion.

Dans le mois d'août de l'année 1835, je fis avec M. Velpeau l'autopsie du cadavre d'un homme mort d'un abcès par congestion; cet abcès, ouvert à l'aine droite, avait donné beaucoup de pus.

La colonne vertébrale n'avait pas subi de déviation latérale; mais les courbures naturelles étaient excessivement exagérées. En examinant l'abcès situé à l'aine droite, on trouva qu'il était situé sous l'aponévrose, dans l'intervalle des muscles qui marquent le triangle inguinal. Très profondément et près du petit trochanter, existait un vaste foyer où les muscles étaient altérés, le tissu cellulaire en suppuration et les vaisseaux comme disséqués; en remontant à la source du pus, on vit qu'il était venu de l'intérieur du ventre, sous l'aponévrose

fascia iliaca. Sous le muscle iliaque, on sentait de la fluctuation; le tissu cellulaire de la fosse iliaque droite était épaissi, induré; l'uretère du même côté était adhérent, mais non perforé. Le rein droit, doublé de volume, bosselé, faisait saillie dans le flanc droit; ses membranes pouvaient être détachées facilement; la substance corticale, saine en quelques points, offrait une injection fine dans quelques autres, ou de petites taches blanches, des anémies partielles avec ou sans infiltration de matières salines, grisâtres.

Le rein ayant été incisé de son bord externe à son bord interne, de manière à être partagé en deux moitiés, on trouva le bassinet et les calices pleins de pus tuberculeux et transformés en loges, dans lesquelles on pouvait mettre une très grosse noisette. Ces loges communiquaient par un trou assez étroit avec le bassinet, qui n'était pas dilaté, et dans lequel il n'existait pas de calcul. Les mamelons étaient affaissés, la substance tubuleuse et la substance corticale atrophiées.

La membrane interne du bassinet et des calices est un peu inégale, d'un gris noirâtre, enduite et imprégnée d'une matière blanchâtre, assez adhérente, et se détachant sous forme de grains ou de grumeaux. L'uretère est libre, mais ses parois sont épaisses; dans sa moitié supérieure, la membrane muqueuse est tuméfiée et revêtue d'une couche tuberculeuse enduite de pus.

L'autre rein est sain. La vessie est remplie d'une urine légèrement blanchâtre et purulente. Le bas-fond présente une injection rouge intense. On voit, à la surface de la membrane muqueuse, de petits points blancs, nombreux surtout autour du col de la vessie. De plus, il y a, au niveau du col de la vessie, une bride d'une ligne au moins d'épaisseur; au-dessous de laquelle la sonde, pour entrer dans la vessie, passe avec la plus grande facilité.

L'uretère du côté droit s'ouvre largement dans la vessie; son embouchure est partagée en deux par une petite bride analogue à la précédente.

L'urèthre est tout-à-fait à l'état naturel dans la partie membraneuse et dans la partie bulbeuse. La prostate a son volume ordinaire. Sur les côtés du veru montanum, il y a deux lacunes

très larges dans lesquelles le bec d'une sonde n° 6 pourrait s'introduire. Sur le côté gauche de la portion membraneuse de l'urèthre et dans le tissu cellulaire, on trouve un petit foyer de pus.

Le muscle iliaque et le psoas incisés, on découvre la source de l'abcès : c'est une carie très superficielle de la partie latérale droite des trois dernières vertèbres lombaires.

Le cerveau est sain; les poumons sont farcis de tubercules et présentent plusieurs cavernes.

Obs. VIII. — Tubercules dans le rein et l'uretère gauches, dans la vessie et dans le poumon, chez un homme mort de pneumonie (Obs. communiquée par M. Philippar).

Un ouvrier, âgé de 34 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 12 juillet 1833, toussait beaucoup depuis deux ans. Avant ce temps, il s'enrhumait facilement et n'avait jamais craché de sang.

Cinq jours avant son arrivée, il fut pris, le soir, de malaise, de lassitude générale, de frisson et de douleur dans le côté gauche de la poitrine; douleur qui augmentait par la toux. Cet homme but du vin chaud sucré et se coucha. Le lendemain, se sentant mieux, il alla à son travail, où il ne put rester longtemps. Revenu chez lui, il y resta trois jours, prenant peu d'alimens, ne pouvant plus se lever et se sentant bien malade. Le 12, au matin, il fut apporté à l'hôpital. Il offrait les symptômes suivans : faiblesse et abattement très prononcés; décubitus dorsal; gêne de la respiration; respiration peu profonde, avec douleur dans le côté gauche de la poitrine; toux peu fréquente; quelques crachats rouillés; pouls plein et fréquent; matité très manifeste vers le tiers inférieur de la poitrine du côté gauche; râle crépitant vers le lobe moyen du poumon; respiration bronchique (*saignée de quatre palettes; tisane pectorale; potion diacodée*). Le lendemain, insomnie, prostration très grande; crachats visqueux, jaunes verdâtres, respiration fréquente; point de râle crépitant; respiration bronchique; pouls fréquent (*saignée de trois palettes*). Le surlendemain, respiration stertoreuse; toux moindre; point de crachats,

pouls petit, fréquent (*tisane de polygala; vésicatoire sur la poitrine*). Mort dans la nuit du 15.

Autopsie du cadavre. Poumon gauche hépatisé dans les deux tiers inférieurs, s'écrasant facilement par la pression, laissant écouler un peu de sang très épais, de couleur lie-de-vin, grisâtre et mêlé de pus au centre du lobe inférieur. Ce poumon est parsemé de tubercules miliaires dans toute son étendue. Poumon droit engoué, également infiltré de tubercules miliaires, surtout à son sommet.

Le rein gauche est beaucoup plus volumineux que le rein droit; son uretère, très dur, beaucoup plus gros qu'à l'état normal, conserve une forme cylindrique après une section transversale, et ressemble à un tuyau de matière solide. Les parois en sont très épaissies et infiltrées de matière tuberculeuse. Le rein, fendu du bord convexe vers son bord concave, présente une large excavation, qui se confond avec le bassinet et contient un peu d'urine légèrement jaunâtre, mêlée de matière tuberculeuse grisâtre et ramollie. La substance tubuleuse est presque totalement détruite. La vessie offre, surtout vers son bas-fond, des plaques de matière tuberculeuse infiltrée; sa membrane muqueuse est excoriée en plusieurs endroits. De la matière tuberculeuse est mélangée à l'urine.

L'autre rein était sain.

Obs. IX. — **Rein gauche converti presque en entier en matière tuberculeuse; tubercules dans le poumon.**

Sophie-Marie Bertrand, âgée de 43 ans, femme de ménage, arrivée au dernier degré de marasme, entra vers la fin d'août à l'Hôtel-Dieu. Cette femme, autrefois réglée très abondamment, mère de deux enfans, ne voit plus depuis un an : elle n'a jamais eu de flueurs blanches. Elle donne peu de renseignement sur l'état antérieur de sa santé, qui, du reste, paraît avoir été assez bonne pendant long-temps. Elle fait remonter à dix-huit mois le début de sa maladie. Au commencement elle eut, dit-elle, des maux de reins, des tranchées, des coliques sans dévoiement; mais ces maux de reins disparurent au bout

de deux mois, et ils ne sont jamais revenus depuis; les urines n'ont jamais présenté de sang : l'émission n'a été ni plus rare ni plus fréquente qu'en santé; il n'y eut point alors de fièvre.

Durant les derniers six mois, augmentation de la faiblesse générale, amaigrissement notable; dévoiement très abondant depuis deux mois; depuis un mois, toux, sueurs nocturnes, inappétence. La malade était si faible, qu'il fallut deux séances assez longues pour obtenir d'elle ces renseignemens.

Faiblesse et marasme très prononcés; impossibilité presque complète de se mouvoir dans le lit. Figure jaune paille, amaigrie, rappelant la coloration des femmes affectées de cancer de l'utérus; intelligence complète; point de phénomènes morbides du côté des sens; langue sèche, avec points blancs mats, exsudation crémeuse sur les lèvres, la bouche, le voile du palais; déglutition difficile; inappétence, soif; point de nausées ni de vomissemens; ventre plat, rentré, non douloureux, sans tumeur appréciable à la main; pas d'écoulement par le vagin; col de l'utérus intact, élevé, à lèvres unies; chaleur nulle, pouls filiforme à 90; pas de lésion apparente du côté du cœur; légère diminution de la sonorité de la poitrine; sous la clavicule droite, respiration généralement rude, avec expiration prolongée; râle muqueux sans résonnance de la voix; œdème général, mais très léger, un peu plus marqué aux bras et à la face que partout ailleurs.

Le troisième jour seulement, on put obtenir de la malade qu'elle urinât dans un verre, et encore ne donna-t-elle guère qu'environ trois cuillerées d'urine trouble, peu acide, remplie de flocons blanchâtres, précipitant en blanc par l'acide nitrique. Dans la soirée de ce troisième jour, la malade s'éteignit.

Autopsie du cadavre. — Le crâne et les organes qu'il renferme ne présentèrent aucune altération.

Quelques gouttes de sérosité dans le péricarde; cœur d'un volume ordinaire.

Dans les poumons, engouement hypostatique; au sommet du poumon droit, une vingtaine de tubercules crus, disséminés, réunis au nombre de cinq ou six en une petite masse dure. Dans le reste du tissu pulmonaire, on n'aurait

guère pu compter plus d'une vingtaine de tubercules crus, disséminés de loin en loin. Rougeur violacée des bronches; pâleur du tube digestif; ulcérations vers la fin de l'iléon et dans le gros intestin; quelques ganglions mésentériques sont volumineux, durs, convertis en matière crétacée ou tuberculeuse; l'utérus, le foie, la rate semblent sains.

Matière tuberculeuse dans le rein gauche, dans l'uretère et dans la vessie chroniquement enflammée; quelques points tuberculeux dans le rein droit.

Obs. X. — Tubercules dans les reins, dans les testicules, dans la prostate, le mésentère et les poumons; ulcérations tuberculeuses dans le canal de l'urèthre et dans le tube intestinal.

Claude Laloge, âgé de 36 ans, né dans le département de l'Isère, habitant Paris depuis dix ans, entra à la Charité, le 18 février 1837.

Le scrotum est distendu par deux tumeurs ovoïdes, grosses chacune comme une orange. La partie inférieure de la bourse droite est percée d'une petite ouverture fistuleuse à bords réfléchis en dedans, qui donne issue à un liquide séro-purulent, chargé de grumeaux d'un blanc jaunâtre. Du reste, la peau des bourses est saine et n'adhère pas aux tumeurs. Celles-ci ne sont douloureuses qu'à la pression, et elles ont une consistance squirrheuse, excepté derrière la fistule, où existe une petite saillie plus molle que le reste de l'organe.

Le malade ressent de la cuisson en urinant : ses urines sont presque toujours chargées de petits grumeaux blanchâtres, semblables à des parcelles de riz bouilli : elles s'écoulent quelquefois involontairement, et d'autres fois ne sortent qu'avec une extrême difficulté.

Cet homme est d'une taille ordinaire et bien conformé : il a la peau blanche et fine; les cheveux châtains; la barbe rousse; les cils et les sourcils blonds; les yeux bleus; les dents blanches, bien rangées et parfaitement saines; les ongles crochus. Quoiqu'il soit très maigre, son système musculaire est encore assez développé. Son intelligence est médiocre : il s'affecte et pleure facilement.

Les parois de la poitrine sont amaigries au point que la peau paraît immédiatement appliquée sur les os. Le malade tousse le matin et le soir. Il a des sueurs nocturnes, de fréquentes insomnies, de la fièvre le soir et pendant une partie de la nuit. Sa faiblesse est telle, qu'il peut à peine faire quelques pas. Le ventre est un peu ballonné. Inappétence; de temps à autre, quelques coliques; dévoiement habituel.

Cet homme, qui est né de parens sains, et qui a six frères ou sœurs bien portans, a joui jusqu'à sa vingt-neuvième année d'une parfaite santé. Aucune trace de maladie scrofuleuse.

En 1830, il contracta une blennorrhagie, qui fut bientôt accompagnée de plusieurs chancres au gland et d'un bubon à l'aine droite. Ces symptômes syphilitiques disparurent au bout de trois mois d'un traitement mercuriel. Le bubon se termina par résolution. Un herpes *præputialis* survint et disparut lorsque les testicules commencèrent à devenir malades.

Le testicule droit est affecté depuis dix-huit mois, le gauche depuis quatorze mois. Dans les deux, la maladie a débuté à la partie postérieure, par une petite saillie dure et douloureuse, qui peu-à-peu s'est élargie et a paru envelopper le testicule tout entier. Ces expressions du malade porteraient à croire que le mal a commencé par l'épididyme. En même temps Laloge a été pris, pour la première fois, d'un rhume, qui ne l'a plus quitté. L'engorgement du testicule droit a d'abord été traité pendant deux mois par des frictions avec une pommade, et des pilules, dont il ne connaît pas la composition, et par du sirop concentré de salsepareille. Ce traitement n'ayant point amoindri la maladie, et la fluctuation devenant manifeste au bas du testicule droit, on y pratiqua une incision, d'où il s'écoula un peu de pus, mêlé à une plus grande quantité de sang. Bientôt après, le testicule gauche devint douloureux à son tour. Ce fut alors que le malade se confia aux soins d'un médecin, qui, pendant six semaines, lui fit appliquer tous les deux jours quinze sangsues sur les bourses ou aux environs. Plus tard, séjour de quatre mois à l'hôpital des Vénériens, où on essaya en vain, pour détruire l'engorgement énorme des deux testicules, les pilules avec le proto-iodure de fer, la

compression, les résolutifs, les émolliens, etc., etc. A la suite de ce traitement, dans lequel le proto-iodure de fer fut administré à haute dose, augmentation de la toux et de l'expectoration, sueurs nocturnes, affaiblissement général, inappétence et grande gêne dans la digestion, enfin anasarque qui a duré deux mois.

Le malade était venu à l'hôpital dans l'intention d'y subir la castration; mais cette opération fut jugée inutile par M. Velpeau, qui rattacha l'affection locale à une diathèse tuberculeuse déjà fort ancienne.

Le 24 février, afin de donner au diagnostic plus de certitude, on fit à chaque testicule, avec l'aiguille à cataracte, une ponction explorative dans les points les plus mous, et qui donnaient une sensation obscure de fluctuation. Il ne sortit des piqûres que quelques gouttes de sang, mais ni pus ni sérosité. On introduisit une sonde dans le canal de l'urèthre. A deux pouces du méat, on éprouva une résistance, qu'on ne put vaincre sans déterminer de vives douleurs. Arrivée dans la région prostatique, la sonde pénétra tout-à-coup à une profondeur et dans une direction qui n'étaient pas celles du col de la vessie. Le doigt, porté dans le rectum, saisit, à travers les parois de l'intestin, l'extrémité de la sonde. Celle-ci fut retirée pleine de pus tuberculeux. Cette exploration ne prouva que trop l'existence d'une ulcération dans la portion spongieuse de l'urèthre et la transformation de la prostate en un kyste tuberculeux. Dès-lors il fut facile d'expliquer les alternatives d'incontinence et de rétention d'urine (*topiques émolliens sur les bourses; tisanes pectorales*).

Dans la soirée la peau du scrotum est rouge, tendue, d'une chaleur brûlante; la plus légère pression détermine de vives douleurs qui, s'étendent dans le ventre et à la région périnéale; la fièvre est plus intense que la veille.

Le 25, augmentation du volume du scrotum due à l'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané. Le passage de l'urine dans le canal de l'urèthre est si douloureux qu'il arrache des cris au malade. L'appétit est tout-à-fait perdu. Les sueurs sont toujours abondantes.

Le 26, la piqûre faite à la tumeur du côté droit s'est élargie, de manière à donner issue à de la matière tuberculeuse.

Le 28, douleurs en différens points de la poitrine; expectoration abondante de crachats muco-purulens. Le ventre a considérablement augmenté de volume par le dépôt d'une assez grande quantité de liquide.

Le 1er mars, diarrhée abondante (dix selles). Il s'est écoulé, par les piqûres des bourses du côté droit, au moins un verre d'un pus épais et jaunâtre.

Dans la nuit du 12 au 13, léger délire.

Le 13 au matin, le malade s'éteint dans le dernier degré de marasme.

Autopsie du cadavre, 24 *heures après la mort*. La membrane muqueuse de l'urèthre présente, au commencement de sa partie spongieuse, dans une étendue de deux pouces, un groupe de cinq ulcérations, dont la plus petite a la longueur d'une lentille et la plus grande celle d'une pièce de 10 sous. Ces ulcérations, qui sont formées aux dépens de la membrane muqueuse, ont un fond grisâtre irrégulier, semé de quelques débris de matière tuberculeuse. Leurs bords sont élevés, dentelés et entourés d'une auréole rose, formée par l'injection de petits vaisseaux qui y aboutissent. Dans le reste de son étendue la membrane muqueuse uréthrale est pâle. La portion prostatique est perforée à sa paroi postérieure, qui est couverte de matière tuberculeuse. Le doigt, porté au fond de cette ouverture, pénètre dans une cavité de près d'un pouce de diamètre, remplie de matière tuberculeuse demi concrète. La face interne de cette poche est recouverte de bosselures jaunâtres qui ne sont autre chose que des grains tuberculeux. La face externe de la glande est entourée par un réseau vasculaire très abondant. Les vésicules séminales sont confondues avec elle. Les canaux déférens ne sont pas oblitérés. Le cordon spermatique n'est pas plus gros que dans l'état normal, mais il est plus dur et d'une consistance fibreuse. Les tumeurs des bourses, incisées longitudinalement, offrent les lésions suivantes : celle du côté droit, qui a été débarrassée pendant la vie d'une bonne partie de la matière tuberculeuse qu'elle contenait, est maintenant conver-

tie en une poche dont l'intérieur est hérissé de végétations : celles-ci forment, en se réunissant d'une manière irrégulière, un réseau, à travers les mailles duquel on voit encore de petites masses tuberculeuses enkystées. L'épididyme, converti aussi en substance tuberculeuse, surmonte la partie postérieure de cette poche. Une ligne rougeâtre établit entre ces deux parties une ligne de démarcation évidente. Le testicule gauche, qui n'a pas suppuré, a conservé un volume considérable; sa surface est d'un jaune grisâtre, et striée de bandelettes irrégulières, qui paraissent être des débris de la tunique albuginée, dont les fibres ont été écartées, déchirées ou usées par la distension. Le testicule gauche est converti en matière tuberculeuse.

La membrane muqueuse et le tissu cellulaire sous-muqueux du col de la vessie sont infiltrés de matière tuberculeuse. La vessie est saine, ainsi que les uretères. Il n'en est pas de même des reins. En effet, ces organes, dépouillés de leur membrane d'enveloppe, présentent, à leur surface et dans l'épaisseur de la substance corticale, une infinité de petites granulations jaunâtres, ayant la forme de grosses virgules. Les cônes sont tout-à-fait exempts de cette altération. Un seul, appartenant au rein gauche, est converti dans les trois quarts de son étendue en tubercules. Le mamelon tuberculeux est entouré par un calice encroûté lui-même en dedans et en dehors de matière de même nature. Sur la face interne d'un calice voisin, on voit quelques petites granulations jaunâtres, demi transparentes, et à l'extrémité du mamelon correspondant une légère infiltration tuberculeuse.

Le péritoine contient près de deux pintes d'une sérosité citrine sans mélange de fausses membranes. Il est pâle et ne présente pas la plus légère adhérence. Le mésentère contient trois à quatre ganglions tuberculeux.

L'intestin, examiné dans toute son étendue, offrit dans sa portion cœcale une douzaine d'ulcérations larges de 7 à 8 lignes, profondes, à bords relevés et déchiquetés, et dont le fond grisâtre contient encore des débris de tubercules. On voit aussi quelques ulcérations tuberculeuses beaucoup plus petites dans l'intestin grêle.

Les plèvres sont libres d'adhérences. Au centre de la moitié supérieure de chaque poumon, on voit quelques petits groupes de granulations tuberculeuses, et deux ou trois cavernes capables de contenir une petite noisette. Les bronches sont rouges, injectées et remplies de mucosités.

Le cœur, le cerveau, le foie, la rate et le pancréas sont parfaitement sains.

Obs. XI. — Cystite et pyélite tuberculeuses, consécutives à une carie vertébrale avec paralysie des membres inférieurs.

Marie-Françoise Périer, âgée de 56 ans, sans état, veuve depuis quatre ans, entra à l'hôpital de la Charité, le 3 avril 1836.

Cette femme a eu quatorze enfans et les a tous nourris, ainsi que trois autres enfans, qui ne lui appartenaient pas. Trois de ses enfans sont vivans. Sa constitution paraît avoir été robuste : elle ne se souvient point d'avoir été jamais malade. Elle n'est plus réglée depuis quatre ans. Depuis dix-sept mois, elle éprouve des douleurs dans le dos.

Elle prétend qu'elle a fait une chute sur le dos, il y a neuf mois, et qu'à cette époque, elle commença à avoir des douleurs dans les lombes, dans les jambes, avec un peu de faiblesse des extrémités inférieures. Survinrent des vertiges, de la céphalalgie, avec rougeur de la face. Elle fut saignée et se trouva soulagée. Ces douleurs furent prises au commencement pour du rhumatismes et traitées par les sangsues et les vésicatoires.

Depuis cinq mois, cette faiblesse des membres inférieurs a augmenté ; la constipation, qui existe depuis quatre à cinq ans (quelquefois onze jours se passaient sans garde-robes), continue, l'excrétion de l'urine est également difficile, quelquefois involontaire. Les urines coulent goutte à goutte. Parfois, au contraire, il faut les évacuer avec la sonde.

Cette femme est alitée depuis trois mois : elle est couchée dans son lit, en zigzag. Elle soulève difficilement les extrémités inférieures. Douleurs dans les cuisses.

En examinant la colonne vertébrale, on aperçoit une saillie

dans la portion dorsale, vers la sixième vertèbre. Ce point est douloureux à la pression et paraît être le siége d'une carie.

Douleurs dans la région du rein droit : les urines sont alcalines, d'une odeur fétide (pesanteur spécifique de 1018 à 1024), troubles, et donnent un sédiment formé de mucus et de sang. L'excrétion est fréquente (dix à quinze émissions par jour), accompagnée d'épreintes et de ténesme à la vessie. L'abdomen est sensible, surtout vers la vessie et dans la direction du colon transverse (à l'autopsie du cadavre, cystite, ulcérations intestinales). Peu d'appétit, digestions lentes. Bronchite chronique (hémoptysie pendant trois mois, il y a deux ans). Matité et faiblesse de la respiration du côté droit.

Tous les symptômes que nous venons d'énumérer persistèrent jusqu'à la mort, en augmentant d'intensité.

Les douleurs dans les jambes et dans les lombes étaient presque intolérables; l'abdomen et surtout la région de la vessie étaient extrêmement sensibles (*deux applications de sangsues*). On était obligé d'avoir recours au cathétérisme, et parfois les urines coulaient par regorgement. L'odeur en était infecte; la couleur d'un rouge sale : elles étaient épaisses, mélangées de pus et de sang.

Une diarrhée opiniâtre se déclara, et, ajoutée aux autres lésions, dont les progrès étaient croissans, elle amena un épuisement qui termina la vie de la malade.

Autopsie du cadavre, le 18 mai. Le cerveau ne présente rien de particulier, si ce n'est un peu d'engorgement dans le système veineux de la base du crâne.

On constate une carie de la sixième et de la septième vertèbres dorsales. Leur tissu spongieux est ramolli et réduit à une matière semblable à de la lie-de-vin. Les membranes de la moelle épinière, dans le point correspondant à la désorganisation des vertèbres, sont recouvertes extérieurement d'une couche tuberculeuse épaisse. Les membranes elles-mêmes offrent peu d'altération : leur épaisseur, leur consistance sont normales ; à peine y a-t-il un peu d'injection à leur surface. La moelle épinière présente un étranglement très prononcé. Cet étranglement est, non pas brusque, mais assez analogue, par la forme, à

celui qu'on produirait sur un tube de verre, en l'effilant à la lampe. En divisant la moelle dans le sens de sa longueur, on reconnaît qu'au point comprimé, la substance blanche est sensiblement ramollie sans changement appréciable de coloration : la substance grise n'est pas altérée.

Au sommet du poumon gauche, il y a des tubercules crus et quelques petites cavernes. Le poumon droit a son sommet parsemé de granulations tuberculeuses non ramollies. Tout le reste du poumon est infiltré de sérosité qu'on fait écouler à flots, en le comprimant. Le cœur est sain et un peu graisseux.

L'estomac est pâle ainsi que la presque totalité de l'intestin grêle ; mais, vers la terminaison de l'iléon, il y a trois ulcérations à fond grisâtre, à bords d'un rouge violacé, de la largeur d'une lentille et d'une à deux lignes de profondeur. Une grande quantité d'ulcérations, ayant les mêmes caractères, existent dans le cœcum, et dans le colon jusqu'à la moitié environ de l'S iliaque. Dans leurs intervalles, la membrane intestinale est semée d'arborisations vasculaires ; tout le rectum et la fin de l'S iliaque sont d'une pâleur qui contraste avec la teinte rouge des autres parties de l'intestin.

Le foie est un peu gras : sa couleur offre deux nuances bien tranchées, représentées par des granulations d'un violet foncé sur un fond jaune acanthe. La vésicule du fiel renferme un calcul de cholestérine de la grosseur et de la forme d'une noix de muscade de la plus forte dimension. La rate est petite et de consistance normale.

Le rein gauche, généralement pâle, a une forme et un volume ordinaires : ses membranes lui sont assez adhérentes pour entraîner avec elles quelques portions de la substance corticale, lorsqu'on cherche à les détacher. Sur sa face postérieure et vers son bord concave, on trouve une plaque d'un rouge très foncé, circulaire, de deux à trois lignes de diamètre, au centre de laquelle on voit trois à quatre petits points blancs. En pratiquant une incision sur cette plaque, on voit que ces petits points blancs sont formés par du pus. A la partie supérieure du rein et sur son bord convexe, on voit aussi trois points blancs de la grosseur d'une tête d'épingle. En exerçant sur cette

partie du rein une pression un peu forte, on voit ces points blancs se transformer en autant de gouttelettes de pus. En fendant le rein par son bord convexe, on trouve à l'intérieur la même teinte anémique qu'à l'extérieur. A l'extrémité supérieure du rein, existe un abcès de la capacité d'un noyau d'abricot : il est rempli d'un pus crémeux, blanchâtre. La substance rénale qui l'environne est très sensiblement ramollie. Cet abcès communique avec les trois points blancs situés au bord convexe de l'extrémité supérieure du rein. Le bassinet a subi une dilatation qui lui permettrait de recevoir un œuf de poule ordinaire. Il est rempli par une urine purulente; ses parois sont épaissies. Sa membrane muqueuse ramollie offre une arborisation assez serrée, parsemée d'ecchymoses; elle est enduite, çà et là, d'une légère couche de lymphe plastique qui, vers l'infundibulum de l'uretère, a au moins une ligne d'épaisseur. L'uretère, légèrement dilaté dans toute sa longueur et plus dans sa moitié inférieure que dans la supérieure, est aussi rempli d'urine purulente. Ses parois sont épaisses, et sa membrane muqueuse, qui est injectée, l'est davantage dans sa partie inférieure, où elle présente quelques ecchymoses, et une bride transversale de la forme d'un croissant, analogue à certains rétrécissemens rares de l'urèthre.

Le rein droit a une grosseur et une forme naturelles; ses membranes se détachent facilement; sa surface est plus injectée que celle du rein gauche; à la partie moyenne de la face postérieure, existent plusieurs points tuberculeux. La substance corticale environnante est ecchymosée et jaunâtre. On fend le rein, et l'on trouve un petit abcès tuberculeux dans sa partie supérieure. En général, le tissu de ce rein n'est pas anémique comme celui de son congénère. Le bassinet droit est plus dilaté que le gauche; la membrane muqueuse, imprégnée çà et là de matière tuberculeuse, est épaissie, réticulée et très injectée. L'uretère, considérablement dilaté, est distendu par un liquide purulent d'un blanc jaunâtre: son volume égale celui de la veine-cave inférieure. La membrane muqueuse de ce conduit est injectée, mais moins que celle de l'uretère gauche.

La vessie est distendue par un liquide alcalin de même na-

ture, mais plus purulent, chargé de débris de tubercules et de fausses membranes. Les parois de cet organe ont acquis une grande épaisseur, par suite de l'hypertrophie de la tunique musculeuse. A la partie postérieure de ce réservoir, on trouve un abcès situé entre cette membrane et la membrane péritonéale. La membrane muqueuse, épaissie, ramollie et plus ecchymosée qu'injectée, offre aux environs du col, une teinte ardoisée. Dans quelques points, elle est recouverte de fausses membranes demi transparentes, ressemblant à des détritus membraneux, et qui sont chargées d'incrustations salines d'un blanc grisâtre, ce qui leur donne l'aspect de certaines toiles d'araignées appendues aux vieilles murailles.

Obs. XII. — Tubercules des poumons et des reins; pyélite et cystite tuberculeuses chroniques; mort.

Pincat (François), d'une taille moyenne, cheveux blonds, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital de la Charité le 22 avril 1840. Ce malade avait été sondé par M. Velpeau, qui n'avait point rencontré de corps étranger dans la vessie. Depuis six mois, P. est atteint d'une toux fréquente, d'abord sèche, puis suivie d'une expectoration abondante. Il a eu une hémoptysie il y a deux mois; il éprouve de la difficulté à uriner, depuis huit mois; ses urines ont été plusieurs fois rouges et sanguinolentes; il ne peut attribuer sa maladie à aucune cause; il n'a pas eu d'affection vénérienne.

Ce malade est pâle, amaigri, très faible; il a une soif vive, pas d'appétit et du dévoiement; le pouls est petit et fréquent. Ses urines s'écoulent constamment goutte à goutte, et il en existe toujours une assez grande quantité dans la vessie : elles sont fétides, purulentes et quelquefois légèrement sanguinolentes, et donnent un dépôt de pus et d'une matière animale amorphe très abondant. A la pression, douleurs vives à l'hypogastre, qui est dur, tendu, résistant. Matité et gargouillement au sommet des deux poumons. On sonde le malade, et on retire une grande quantité de pus, mêlé à l'urine. L'épididyme du côté droit a le volume d'une amande; il est dur et résistant au toucher.

Cet homme dépérit de jour en jour, et meurt le 4 mai, à quatre heures du soir.

Autopsie du cadavre, quarante heures après la mort. — *Crâne*. Le cerveau et le cervelet et leurs membranes, à l'état sain.

Thorax. Les poumons, adhérens aux parois de la poitrine, contiennent une grande quantité de tubercules, même à leur partie inférieure; cavernes de petite dimension à leur sommet. Le cœur a un volume médiocre.

Abdomen. Le foie est volumineux, sans altération; la rate est petite; le tube digestif ne présente aucune lésion; quelques ganglions mésentériques sont engorgés.

Le rein gauche a un volume considérable; il est mamelonné et d'une couleur rouge violacée; sa capsule est opaque et très adhérente. Incisé par son bord convexe, le rein laisse écouler une grande quantité de pus blanc, légèrement grumeleux et non fétide. Ce pus remplit les calices et le bassinet, très dilatés; dans quelques points, il occupe la substance même du rein, non encore entièrement atrophiée. On ne distingue plus que dans deux points la substance tubuleuse; dans tout le reste de son étendue, le rein est réduit à une véritable coque, divisée en loges; il n'existe plus de traces de la substance corticale; la cloison de plusieurs calices est détruite, et ils communiquent directement entre eux. La surface interne de ces conduits est d'un rouge vif dans quelques points et d'un rouge violacé dans le plus grand nombre. Dans plusieurs, elle présente de la matière tuberculeuse, plus ou moins avancée vers l'état de ramollissement. La membrane muqueuse du bassinet, dans les points où elle n'est point incrustés de matière tuberculeuse, a une teinte blanche, mêlée de brun; la surface en est irrégulière, comme réticulée et semée de nombreuses ulcérations et de matière tuberculeuse infiltrée. A son origine et dans la plus grande partie de son étendue, l'uretère est oblitéré par de la matière tuberculeuse, plus solide que celle du bassinet.

Le rein droit, légèrement mamelonné dans quelques points, est au moins doublé de volume. La capsule fibreuse s'enlève facilement. La surface du rein est d'un rouge intense, parsemée de nombreux points tuberculeux, en général d'un petit vo-

lume, les uns réunis en petites masses, les autres isolés. Une incision verticale sur le bord convexe du rein donne issue à un liquide purulent, très fluide, rendu grumeleux par son mélange avec de la matière tuberculeuse. Les deux substances, notablement gonflées, contiennent un grand nombre de tubercules isolés, non ramollis. Vers le sommet du rein existe une large caverne ulcéreuse, à paroi évidemment tuberculeuse, communiquant avec le bassinet; dans l'autre extrémité existe une masse tuberculeuse du volume d'une noix, commençant à se ramollir. La membrane muqueuse du bassinet est ramollie et ulcérée dans la plus grande partie de son étendue.

L'uretère a un calibre considérable; ses parois sont notablement épaissies dans toute son étendue; sa surface interne est parsemée d'ulcérations. Les orifices des uretères sont libres du côté de la vessie, qui est remplie d'urine et de pus très fétide. Toute sa surface interne est ulcérée, ou enduite de matière tuberculeuse; pas de rétrécissement de l'urèthre; point d'hypertrophie de la prostate.

Obs. XIII. — Affection cérébrale; paralysie; imbécillité; symptômes d'inflammation du rein gauche; tumeur dans le flanc du même côté; symptômes de cystite; ouverture du cadavre; dépôt de matière tuberculeuse dans le bassinet et les calices, dans la substance corticale et dans le tissu cellulaire extérieur des reins; abcès par congestion dans la gaine membraneuse des psoas et iliaque du même côté (Atlas. Pl. lxiv, fig. 1, 2, 3).

Le 1er septembre 1835, on fit passer du service de chirurgie dans mon service la nommée Moccuy, âgée de 31 ans, ouvrière en linge, qui avait une paralysie, et présentait des signes de maladie des voies urinaires. Vaccinée dans son enfance, elle a eu la rougeole et la scarlatine. Il y a sept ans, elle a eu mal à l'estomac et à la poitrine. Il y a deux ans, elle a eu une maladie du genou droit, qui fut traitée par des saignées, des sangsues, des cataplasmes, des bains et ensuite par des vésicatoires et trois moxas. Elle a toujours été bien réglée, excepté de l'âge de 20 à 21 ans. Elle est devenue enceinte il y a seize mois: l'accouchement s'est fait à terme sans difficulté,

bien que deux jours auparavant, elle eût éprouvé une attaque de paralysie du côté gauche ; elle sevra son enfant. Depuis six mois (un mois après l'attaque de paralysie), elle a toujours souffert au bas-ventre.

Elle urinait peu à-la-fois, souvent et avec douleur. Elle dit avoir uriné du sang avec de l'humeur : elle a souffert dans la région des reins, notamment du côté gauche ; elle a éprouvé des douleurs dans la cuisse gauche ; jamais elle n'a eu de vomissemens.

La prononciation de cette femme et la construction de ses phrases annoncent qu'elle a eu une affection cérébrale. Depuis quelque temps elle peut marcher : auparavant elle était obligée de rester au lit.

Elle urine vingt fois au moins en vingt-quatre heures et rend peu d'urine à-la-fois. Elle souffre encore dans la région du rein gauche, où l'on sent une tumeur arrondie et dure, sur laquelle la main glisse. L'urine est bourbeuse, jaune et acide, et, si on la laisse reposer, on observe à la partie inférieure du vase un dépôt blanc et comme pulvérulent, occupant le tiers de la hauteur de la colonne du liquide (*le quart d'alimens ; tisane de chiendent ; émulsion*). Le 8 septembre, plus de souffrance au bas-ventre (13 *sangsues*, *loco dolenti*). Le 9, les sangsues ayant peu coulé, on en prescrivit de nouveau 20 sur l'épigastre. Soulagement.

Le 17, urine trouble, acide, un peu coagulable par la chaleur, contenant beaucoup de mucus et de grumeaux. Envies d'uriner un peu moins fréquentes ; les bains de siège et les sangsues avaient calmé la douleur.

Quelques jours après, cette femme quitta l'hôpital. Elle y fut admise de nouveau le 4 février 1836, dans un état complet d'imbécillité : elle répond mal et sans précision aux questions qui lui sont adressées : elle accuse une impossibilité complète de mouvoir les membres inférieurs, et une douleur sourde à la région iliaque gauche et s'irradiant vers le pli de l'aine et dans la cuisse correspondante.

OEdème aux membres inférieurs. La douleur de la fosse iliaque gauche augmente par la pression, surtout à quelques

lignes au dessus de l'arcade crurale. Cuisson pendant l'émission des urines, qui sont rougeâtres, sanguinolentes. Par le repos, elles laissent déposer une couche assez épaisse de matière purulente, grumeleuse, dans laquelle on distingue au microscope des globules de pus, et des grains et des grumeaux d'une matière animale amorphe. La chaleur et l'acide nitrique y indiquent peu d'albumine. Dévoiement, maigreur, faiblesse.

Les sept ou huit premiers jours, point de changement notable; puis la douleur au dessus du pli de l'aine augmente, la peau de cette partie devient tendue, luisante (*émolliens*). Bientôt apparut, à quelques lignes au dessus du pli de l'aine, une tumeur circonscrite, ovoïde, très douloureuse au toucher, sans changement de couleur à la peau. Cette tumeur, située parallèlement à l'arcade crurale, acquit en quelques jours le volume d'un œuf de pigeon, et on put y sentir de la fluctuation.

L'urine est moins rouge, moins trouble; mais elle contient toujours du pus et de petits grumeaux, que l'autopsie a montrés être des fragmens de matière tuberculeuse. Plus tard, l'urine redevient sanguinolente, comme dans les premiers jours, et conserve ce caractère jusqu'à la mort.

Le 18 février, la tumeur fut ouverte avec le bistouri. Il en jaillit une énorme quantité de pus d'une odeur infecte et stercorale. Le pus continua à couler les jours suivans, et souillait promptement l'appareil et le lit de la malade. Dépression complète des forces, dévoiement colliquatif, mort le 7 mars 1836.

Autopsie du cadavre. L'abdomen ouvert, il ne s'écoule point de sérosité; dans le péritoine point de pus, ni de fausses membranes, ni aucune autre trace d'inflammation. Une bride celluleuse partait de l'épiploon pour se porter dans la fosse iliaque gauche; la moitié gauche du colon transverse et le colon descendant étaient adhérens à la tumeur. La membrane muqueuse de cette portion de l'intestin était rouge, enduite d'une matière purulente. On aperçoit au niveau de la région rénale une ouverture à bords lisses et arrondis, à travers laquelle un stylet

mousse pénètre dans une poche pleine de liquide purulent qu'on peut faire sourdre par la fistule. Sur le bord antérieur du psoas, on sent de la fluctuation, et on y découvre un foyer énorme qui occupe tout le corps des muscles psoas et iliaque : ce foyer purulent se prolonge en bas jusqu'au petit trochanter; en haut il remonte jusqu'aux insertions supérieures du psoas. Ces deux muscles sont atrophiés et ne sont plus représentés que par leur gaine.

Cet abcès a en haut deux embranchemens, l'un, qui passe derrière le rein, c'est le vaste foyer dont nous avons parlé; l'autre se prolonge en poche allongée, aplatie, qui passe devant la partie antérieure du rein; en sorte que le rein se trouve logé entre deux abcès (l'antérieur très peu considérable s'ouvre dans le colon), et qu'il communique lui-même avec ces abcès par des fistules. Les tuniques externes du colon, le tissu cellulaire qui l'environne, sont indurés, épaissis; ces parties sur la face antérieure du rein sont ramollies dans plusieurs points. On y rencontre également des masses tuberculeuses, blanchâtres, semblables pour l'aspect à une matière crétacée. Le ramollissement est très considérable vers la scissure, où l'enveloppe du rein, en partie détruite, se déchire lorsque l'on verse de l'eau dessus et se résout en un détritus blanchâtre.

Les masses tuberculeuses, déposées dans ces enveloppes, varient depuis le volume d'un pois à celui d'une amande. Lorsque nous eûmes dépouillé le rein de l'espèce de coque tuberculeuse qui l'entourait, nous reconnûmes, dans la substance corticale, beaucoup moins altérée qu'on ne l'avait d'abord supposé, quelques petites masses tuberculeuses. En arrière, il y en avait trois ou quatre qui ressemblaient par leur teinte d'un blanc jaunâtre à de grosses croûtes de favus; dans les intervalles la substance du rein était peu injectée; plusieurs de ces tubercules, déposés dans la substance corticale, n'étaient recouverts que par la membrane propre du rein. Plusieurs points de la substance corticale sont durs et denses, et ont une teinte ardoisée. La substance corticale et la substance tubuleuse sont bien distinctes à la coupe; le volume du rein, dépouillé de ses membranes, est moins considérable que dans

l'état normal; le bassinet était perforé vers la scissure; sa face interne et celle des calices et de l'uretère étaient grenues et d'un blanc grisâtre. Les mamelons étaient affaissés; la membrane interne du bassinet et des calices était infiltrée de matière tuberculeuse.

L'uretère est presque doublé de volume; ses parois sont épaissies et solides; sa cavité laisse pénétrer le tuyau d'une petite seringue.

Dans ce cas, la matière tubuleuse s'était donc déposée en grande partie dans les membranes extérieures du rein. Ces membranes, infiltrées de tubercules, s'étaient ramollies sur la face antérieure du rein, adhérente avec le colon transverse et le colon descendant, dans lequel une ouverture fistuleuse s'était pratiquée; en arrière, la matière tuberculeuse s'était fait voie par de nombreuses fistules, au milieu des fibres musculaires du psoas; et ce travail d'élimination et ce ramollissement ont donné lieu à une vaste collection purulente qui a disséqué et atrophié les muscles psoas et iliaque.

Le rein droit, augmenté de volume, surtout dans sa moitié inférieure, est déformé et situé deux pouces plus bas qu'à l'ordinaire. Il n'offre, du reste, d'autre altération qu'une anémie assez prononcée; les calices et le bassinet sont sains.

L'intestin présente des rougeurs plus marquées à sa partie inférieure, qui donnait passage à la matière purulente.

Le foie, de couleur bistre, a son volume ordinaire; les veines hépatiques sont très gorgées de sang; bile épaisse et noirâtre dans la vésicule. La rate présente une tache bleuâtre à sa partie convexe. Point de tubercules dans les ganglions abdominaux, ni dans ceux du mésentère. Estomac sain.

La membrane muqueuse de la vessie est parsemée de rougeurs et de points noirâtres; elle est rugueuse et imprégnée, dans la plus grande partie de son étendue, d'une matière tuberculeuse, semblable à celle de l'uretère; vers la paroi postérieure de la vessie est une loge profonde, arrondie, où la membrane muqueuse est parfaitement saine.

Poitrine. Le péricarde est sain; légère hypertrophie du ven-

tricule gauche ; la valvule auriculo-ventriculaire du même côté est insuffisante.

Les poumons sont parfaitement sains, à part deux petites granulations miliaires, situées au sommet du poumon gauche. La membrane muqueuse des bronches est d'un rose pâle.

Tête. Rien de remarquable, si ce n'est dans un point vers le tiers postérieur du centre ovale de Vieussens du côté gauche, où la substance est molle et d'un blanc plus sale que la substance environnante.

Obs. XIV. — Tubercules dans plusieurs organes et notamment dans les organes génito-urinaires (Atlas. Pl. lxiv, fig. 4).

Claude Dupuis, âgé de 38 ans, doreur sur métaux, marié, entra dans les salles de chirurgie pour s'y faire traiter d'un engorgement dans le testicule gauche, dont la nature tuberculeuse fut reconnue, et contre lequel on administra vainement des pilules de chlorure d'or.

Le 4 mars 1836, il passa dans mon service; sa constitution paraît avoir été forte, mais elle est dans ce moment complètement détériorée. Il est amaigri au point de présenter un commencement de marasme. Il y a cinq ans, il resta quinze jours à l'Hôtel-Dieu pour un rétrécissement de l'urèthre, que l'on traita par les bougies; il sortit incomplètement guéri, pour se soumettre à la cautérisation. Cependant l'amélioration obtenue persista pendant six ou huit mois. Il a eu trois gonorrhées ; la première, à l'âge de 20 ans ; la seconde, à 24 ans; la troisième, à 32 ans. La première tomba dans les bourses, sur le testicule qui est maintenant malade et dont il fait remonter le gonflement au mois de septembre 1835.

Il eut aussi, il y a deux ans, une pleurésie à droite, pour laquelle il est resté trente-cinq jours à l'hôpital; il n'a jamais repris sa santé depuis ce moment; de temps en temps il a eu du dévoiement, et du sang se mêle quelquefois à ses garde-robes; il tousse depuis un an, mais sans expectoration.

Depuis son enfance, il a eu le côté gauche du corps faible et il est en partie atrophié. Cette atrophie paraîtrait être la suite de convulsions qu'il aurait eues dans son bas âge; elle porte surtout sur la jambe, qui est beaucoup moins grosse que celle du côté opposé; le bras est seulement affaibli. La peau est sèche, comme rugueuse, pâle, sans chaleur; sueurs nocturnes abondantes; à la percussion, en arrière de la poitrine, du côté droit, matité; respiration faible, un peu de gargouillement lointain (pleurésie et cavernes); en avant, exagération du son respiratoire, qui est puérile en plusieurs points, plus faible en d'autres. Du côté gauche, peu de son en arrière, grande sonorité en avant; extinction de voix depuis quinze jours; perte d'appétit; la langue présente, sur sa face supérieure et à droite, de petites excoriations rouges, arrondies, où l'épithélium est enlevé : digestions mauvaises; douleurs dans le ventre; dévoiement (six selles hier, avec un peu de sang sur les matières); depuis le mois de septembre, vomissemens peu de temps après avoir mangé. Pouls sans fréquence le jour, mais petite fièvre le soir, avec grande sécheresse de la peau.

Il se plaint d'un rétrécissement à l'urèthre; il a de l'ardeur, de la douleur en urinant, et il urine peu à-la-fois. Du reste, il n'a jamais, dit-il, rien remarqué dans son urine, ni sang, ni graviers; région du rein indolente à la pression. Les urines, examinées le 10 mars, sont légèrement alcalines et chargées de grumeaux.

Les jours suivans, le marasme augmente, et, après treize jours, le malade meurt, le 17 mars, en présentant d'une manière intense les accidens d'une perforation intestinale, accident inutilement combattu par l'opium.

Autopsie du cadavre.— *Tête.* Lorsqu'on incise la dure-mère, une quantité notable de sérosité s'échappe de la surface du cerveau. Sous la pie-mère et dans les ventricules, il y a aussi un dépôt considérable de sérosité. Toute la substance du cerveau et du cervelet est humide et un peu molle; point de tubercules.

Poitrine. Le poumon droit est farci de tubercules à l'état cru; à sa partie supérieure, il y a une caverne capable de loger une

noisette, des adhérences de fausses membranes et un peu d'emphysème à la partie inférieure, surtout vers les bords. Engouement général du tissu pulmonaire. Dans le poumon gauche tubercules crus en grand nombre, surtout au sommet; point de cavernes et beaucoup moins d'engouement que dans le rein droit; bronches roses et remplies de mucosités; ganglions bronchiques tuberculeux.

Deux taches blanches sur la face antérieure du cœur, de la grosseur d'une pièce de 10 sous. Les deux valvules auriculo-ventriculaires, surtout la gauche, présentent quelques points cartilaginifiés. La membrane interne de l'oreillette gauche est épaisse et opaque.

Abdomen. Les glandes mésentériques sont remplies de tubercules; presque tous les ganglions sont transformés en des masses tuberculeuses plus ou moins ramollies, la plupart du volume d'une noisette; même dégénérescence des ganglions de l'aine.

Les intestins sont réunis en plusieurs endroits par de fausses membranes. Les deux tiers inférieurs de l'intestin grêle présentent des traces de phlegmasie. La membrane muqueuse est d'un rouge brun en quelques points, d'une teinte ardoisée dans le plus grand nombre. Dans le tiers inférieur, on remarque de nombreuses ulcérations; ces ulcérations sont étendues dans le sens de la largeur de l'intestin, et semblent formées de plusieurs ulcérations réunies; d'autres ulcérations n'ont que l'étendue d'une pièce de 20 sous; deux s'étaient perforées, l'une à 6 pouces, l'autre à plus d'un pied de la valvule iléo-cœcale; les autres étaient près de se perforer. Quelques follicules isolés sont ulcérés; le cœcum et le colon sont remplis d'ulcérations moins avancées que celles de l'intestin grêle.

Le foie a un tiers de plus que son volume ordinaire; son tissu présente une dureté fort considérable dans le lobe moyen. Sa densité est telle qu'on dirait d'un morceau de cire à frotter (avec une teinte plus verte); la vésicule biliaire est distendue.

La rate est assez volumineuse; son tissu est gorgé de sang, et dur. Au-dessous de sa membrane font saillie de petits grains,

gros comme des têtes d'épingle, auxquels le tissu sous-jacent de la rate donne une teinte rougeâtre, mais qui, incisés, sont blanchâtres comme des tubercules. Dans l'intérieur de la rate, il y a de nombreux tubercules presque tous miliaires ; un seul égale le volume d'un petit pois.

Le testicule droit est diminué d'un tiers de son volume; son tissu, légèrement jaune, est un peu plus mou qu'à l'ordinaire. Le gauche, au moins doublé de volume, est tout-à-fait converti en matière tuberculeuse; l'épididyme a subi la même transformation. Tout le bord postérieur du testicule et la partie par où sortent les conduits sécréteurs du sperme, n'offrent plus de traces de leur structure naturelle; mais, dans la partie antérieure de cet organe, on reconnaît encore la disposition des vaisseaux séminifères, entre lesquels on aperçoit de petits grains de matière tuberculeuse. On peut suivre une sorte de gradation dans la maladie depuis l'épididyme, où la désorganisation est la plus complète, jusqu'à la partie inférieure, où elle est la moindre. Les vésicules séminales, au lieu de présenter leurs loges pleines de liqueur spermatique, sont gonflées, durcies et complètement remplies de matière tuberculeuse; un dépôt de cette même matière existe dans le canal déférent. Elle est blanche, molle, évidemment de nature tuberculeuse; le canal déférent est obstrué dans toute la moitié inférieure de son trajet. A un pouce environ de la fosse naviculaire, sur le raphé médian et supérieur, et dans l'étendue d'une dizaine de lignes, existe dans l'urèthre une traînée de matière tuberculeuse d'un blanc jaunâtre qu'on ne peut pas enlever par le grattage, et dont la membrane muqueuse est imprégnée. Près de la portion bulbeuse, on trouve encore de la matière tuberculeuse sous la forme de petites lentilles allongées. Partout où la membrane muqueuse n'est pas envahie par la matière tuberculeuse, cette membrane est rouge et injectée; cette matière est en grande abondance au niveau de la portion prostatique; elle a creusé inégalement cette glande (qui ressemble à un tubercule du foie sur le point de se ramollir), en sorte que le canal de l'urèthre est changé dans ce point en une poche, dont les parois sont formées par une sorte de détritus

jaunâtre; le col de la vessie est un peu rétréci et présente des traces d'inflammation.

La vessie n'offre de traces tuberculeuses qu'à son bas-fond et sur le trigone, où on aperçoit quelques petits grains tuberculeux qui soulèvent la membrane muqueuse ou qui l'imprègnent. La prostate est beaucoup augmentée de volume. L'uretère du côté gauche, correspondant au testicule malade, est sain; celui du côté droit, au contraire, qui correspond à un testicule non tuberculeux, est altéré. Cet uretère est dilaté au point qu'on pourrait y loger le petit doigt : après trois pouces de trajet, à partir du rein, il est en partie obstrué par de la matière tuberculeuse, adhérente à sa membrane interne, formant des plaques dures, jaunâtres, d'une demi-ligne d'épaisseur, qui occupent tantôt toute la circonférence du canal, tantôt une moitié ou un quart seulement, mais qui alors sont toujours disposées en plaques arrondies assez semblables aux croûtes d'un favus, semblables aussi à celles que j'ai rencontrées dans un autre cas sur la superficie d'un rein tuberculeux; ce dépôt se continue jusque près de la vessie, et c'est lui sans doute qui, obstruant le passage de l'urine, a produit la dilatation de l'uretère.

Le bassinet et les calices ne contiennent pas de matière tuberculeuse. Dans la substance corticale du rein droit, des tubercules blancs, durs, sont infiltrés en petit nombre et forment une légère saillie sous ses membranes extérieures qu'ils soulèvent; on pouvait en compter plus d'une vingtaine. Du reste, la substance corticale paraît fort peu obstruée. La substance tubuleuse est injectée; les extrémités des mamelons surtout sont rouges; le volume total de l'organe est ordinaire.

Pas un seul tubercule, ni dans les deux substances du rein gauche, ni dans son bassinet. La surface du rein présente à peine quelques traces de différens lobules; elle offre surtout, en son milieu, une anémie assez prononcée, surmontée d'arborisations de petits vaisseaux d'une jolie couleur rouge bleu.

Obs. XV. — Tubercules des reins, des calices, du bassinet et de l'uretère gauche chez un enfant; tubercules dans les poumons et dans les ganglions abdominaux.

M. Jacquart m'apporta, le 5 octobre 1836, le rein gauche d'une jeune fille de dix ans, morte d'une affection tuberculeuse. Les poumons et les ganglions abdominaux étaient infiltrés de tubercules. Il y avait aussi de petits tubercules dans le foie.

Le rein droit était parfaitement sain.

Le rein gauche pesait environ cinq onces. On enleva facilement sa membrane propre. Sur la face antérieure, on voyait un grand nombre de petits grains blanchâtres, un peu saillans. Autour de quelques-uns de ces points blancs, la substance corticale était injectée et paraissait avoir moins de consistance que dans l'état sain. Ces points blancs étaient solides, et, à la loupe, ne présentaient point de globules de pus. La face postérieure du rein n'offrait aucune altération. Dans l'épaisseur de la substance corticale, on aperçut encore quelques tubercules. Les calices et le bassinet n'avaient plus leur aspect ordinaire. Leur membrane muqueuse, considérablement épaissie, offrait des saillies et des enfoncemens, comme si elle eût été mamelonnée et réticulée : elle était d'un blanc jaunâtre, et, en la raclant avec le dos d'un scalpel, on en détachait une matière d'un blanc grisâtre, comme les tubercules écrasés. La cavité des calices était augmentée, et l'extrémité des mamelons était blanchâtre.

Les parois de l'uretère avaient une épaisseur trois fois plus grande qu'à l'ordinaire. Sa membrane muqueuse avait le même aspect que celle des calices.

La membrane interne de la vessie était encroûtée de matière tuberculeuse autour de l'orifice de l'uretère gauche.

Obs. XVI. — Tubercules du rein et de l'uretère; cystite; péritonite et entérite tuberculeuses; double pneumonie mortelle (Obs. recueillie par M. Vernois).

Jousset, âgé de 12 ans, cheveux châtains, yeux bruns, peau brune, système musculaire grêle, très adonné à la mastur-

bation, entre à l'hôpital des Enfans malades le 6 juillet 1836, pour s'y faire traiter d'une diarrhée qui durait depuis plusieurs mois, accompagnée de douleurs de ventre très vives, surtout à la pression. Cet enfant avait beaucoup maigri depuis quelque temps. On diagnostiqua une péritonite tuberculeuse, avec ulcérations de même nature dans l'intestin. Il n'y avait pas d'infiltration des membres inférieurs et point de signes de tubercules dans la poitrine. Le petit malade paraissait uriner facilement et naturellement : on n'examina pas les urines. Le 21 juillet, il fut pris d'une pneumonie du côté droit, et bientôt après d'une pneumonie du côté gauche, et succomba le 29 juillet à six heures du soir.

L'ouverture du cadavre fut faite par M. Vernois, le 30, à six heures du matin, par un temps sec et frais. On observa un ramollissement rouge des deux tiers postérieurs et inférieurs des deux poumons, dans lesquels on ne put découvrir de tubercules; il n'y en avait pas non plus dans les ganglions bronchiques. Le cœur était sain. Il n'y avait pas de liquide épanché dans la cavité du péritoine, mais on distinguait sur cette membrane un grand nombre de granulations très fines, plus nombreuses à la fin de l'iléon et sur le cœcum (péritonite tuberculeuse). Les ganglions mésentériques étaient très volumineux et tuberculeux; la membrane muqueuse intestinale, deux pieds au-dessus et au-dessous du cœcum était couverte d'ulcérations, à la base desquelles on trouvait de la matière tuberculeuse.

M. Vernois détacha le rein gauche avec l'uretère et la vessie, et nous en fîmes l'examen. Le rein gauche était très volumineux; incisé verticalement, il s'échappe de sa partie inférieure un liquide grisâtre, épais, qui remplissait une cavité en communication avec le bassinet. Ce rein, farci de tubercules, marbré de blanc et de rouge (mélange d'anémie et d'hypérémie), avait la forme et la dimension d'un rein d'adulte : il pesait quatre onces après avoir été incisé. Lorsqu'on en détacha les membranes extérieures, une certaine quantité de matière tuberculeuse resta adhérente à leur face interne. La face antérieure du rein était semée de points blancs, les uns saillans,

les autres non saillans, presque tous arrondis, de la dimension d'un grain de millet, la plupart solides à la coupe, quelques-uns entourés d'une petite auréole comme des points purulens; les autres, surtout ceux qui étaient dans les points anémiques, sans auréole. Sur la face postérieure du rein, fortement injectée, et surtout sur la moitié supérieure et vers le bord convexe, on voyait également des points blancs saillans et solides. A la loupe, cette rougeur paraissait due à un piqueté très fin et à des arborisations très déliées. A la partie inférieure du rein, on voyait trois tubercules plus volumineux que les précédens, et qui correspondaient à une véritable caverne tuberculeuse et à trois cônes affaissés ou détruits.

La substance corticale, d'apparence marbrée, par l'effet d'un mélange d'anémie et d'hypérémie, contenait également un grand nombre de grains tuberculeux, dont le centre était plus mou que l'extérieur, mais qui ne pouvaient être énucléés, et qu'on ne pouvait séparer de la substance du rein, sans la déchirer. La substance corticale, vers le bord convexe du rein, était en plusieurs points fortement tuméfiée et un peu ramollie. Dans les points anémiques, elle était beaucoup plus consistante. Les mamelons des cônes étaient presque tous affaissés ou détruits; les calices, encroûtés de matière tuberculeuse, étaient dilatés; leur cavité et celle du bassinet, tout-à-fait méconnaissables, d'un blanc jaunâtre, inégales, avaient l'apparence d'une caverne tuberculeuse. La face interne de l'uretère également encroûtée de matière tuberculeuse, était jaunâtre, inégale, et les parois de ce conduit étaient triplées ou quadruplées d'épaisseur. La veine rénale était saine.

Le rein droit n'offrait point d'altération, et l'uretère n'était pas dilaté.

La vessie contenait très peu d'urine; sa face interne présentait un grand nombre de petites lignes circulaires ecchymotiques et noirâtres. Vers l'orifice de l'uretère gauche, on remarquait de légères traces de tubercules. La membrane musculeuse était très épaisse.

§ 912. Chez les enfans, la diathèse tuberculeuse se montre encore plus souvent que chez les adultes d'une manière géné-

rale. Cependant, à en juger d'après mes propres observations et d'après celles qui m'ont été communiquées, si on rencontre plus fréquemment des grains tuberculeux dans les reins des enfans que dans ceux des adultes, la dégénérescence tuberculeuse des uretères et de la vessie est plus rare dans le premier âge.

Cancer des reins.

§ 913. Les altérations cancéreuses peuvent se montrer sous différentes formes et à différens degrés dans les reins.

On a très rarement observé le cancer des reins chez les enfans; on le voit quelquefois dans l'âge adulte, plus souvent dans l'âge mûr et dans la vieillesse. A en juger par mes observations et d'après celles dont j'ai eu connaissance, il est plus rare chez la femme que chez l'homme.

Dans un certain nombre de cas, j'ai vu le cancer atteindre exclusivement les reins, sans lésion cancéreuse de la vessie, des organes thoraciques, et sans affection cancéreuse du foie, de l'estomac et des intestins, etc.; seulement la dégénérescence du rein était quelquefois accompagnée d'un engorgement squirrheux ou cancéreux des ganglions lymphatiques, situés dans la scissure du rein ou dans son voisinage. Dans un plus grand nombre de cas, l'altération des reins n'était qu'un des phénomènes d'une affection cancéreuse générale dont les produits se montraient à-la-fois dans les ganglions lymphatiques, mésentériques et prélombaires, dans le foie, les poumons, etc. Enfin, le cancer des reins m'a paru quelquefois naître sous l'influence du cancer d'un organe voisin : c'est ainsi qu'on peut, ce me semble, expliquer la fréquence de petits dépôts cancéreux dans le rein droit, lorsqu'il y a dégénérescence encéphaloïde du foie, et les rapports bien constatés du cancer du rein gauche avec les dégénérescences cancéreuses du côlon descendant et du bas-fonds de l'estomac.

§ 914. La dégénérescence encéphaloïde est la forme anatomique du cancer qu'on rencontre le plus fréquemment dans les reins. La dégénérescence fibriniforme et fongoïde, qu'on désigne plus spécialement sous le nom de fongus *hématode*, est beaucoup

plus rare, et l'état véritablement squirrheux du rein s'observe plus rarement encore.

Ces dégénérescences se développent presque toujours primitivement dans la substance corticale; mais elles peuvent s'étendre à la substance tubuleuse. Les membranes du rein, les parois du bassinet et le sang coagulé dans les veines rénales, peuvent aussi participer à la dégénérescence cancéreuse. Les masses encéphaloïdes, souvent multiples, se développent ordinairement à la surface des reins ou dans l'épaisseur de la substance corticale : elles sont d'un blanc rosé ou bleuâtre et lobulées. Elles peuvent être à l'état de crudité ou ramollies. Dans le premier état, elles ont presque autant de consistance que le tissu rénal, dans lequel elles se sont formées. Leur surface est sillonnée par de petits vaisseaux, mais dans leur intérieur ils sont rares ou peu apparens. Le tissu rénal qui entoure ces masses est sain, ou au moins il est en général peu injecté. Dans un état plus avancé, ces masses encéphaloïdes se ramollissent partiellement ou en totalité; leur consistance a été assez exactement comparée à celle du cerveau de l'homme. Dans un degré de ramollissement plus avancé, elles deviennent tout-à-fait pulpeuses, et sont transformées en une sorte de bouillie rose ou rougeâtre. Elles offrent alors, à la coupe, une multitude de petits vaisseaux sanguins qui se ramifient dans leur substance. Lorsque ce réseau vasculaire est fortement injecté, ces tumeurs paraissent d'un rouge brun, infiltrées de sang, et offrent quelquefois de petits caillots fibrineux dans leur épaisseur.

Parfois la substance corticale reste saine dans les intervalles qui séparent les masses cancéreuses; d'autres fois non-seulement elle est plus injectée de sang que dans l'état normal, mais elle offre des traces d'inflammation non équivoques, des dépôts ou des nappes de pus (Atlas, Pl. xlvi, fig. 2 et 3), ou bien encore de véritables foyers purulens au-dessous de la membrane fibreuse du rein (Atlas, Pl. xiii, fig. 10).

Lorsque les petites masses cancéreuses sont peu nombreuses ou n'ont que le volume d'une noisette (Atlas, Pl. xlv, fig. 2), le volume du rein peut n'être pas sensiblement augmenté. D'autres fois il acquiert des dimensions véritablement mon-

strueuses, par suite du dépôt ou de l'infiltration de la matière cancéreuse dans les substances corticale et tubuleuse (Atlas, Pl. xlv, fig. 1; Pl. xlvi, fig. 1; Pl. xlvii, fig. 1, et Pl. xlviii, fig. 1). Alors la surface du rein est surmontée d'un grand nombre de bosselures, dont le volume varie entre celui d'un grain de cassis et celui d'un gros œuf de poule : les unes sont d'un blanc rose; les autres d'un rouge foncé, et surmontées d'un réseau vasculaire qui s'étend vers leur base et les parties voisines. La distribution des masses cancéreuses est en général fort irrégulière. Je les ai vues amoncelées sur le bord convexe d'un des reins; dans deux autres cas, à son extrémité supérieure, tandis que l'extrémité inférieure n'offrait pas de traces d'altération cancéreuse. Quelquefois, mais ce cas est rare, les masses cancéreuses font saillie au-dedans du bassinet, soit qu'elles aient pris naissance sur sa membrane interne ou dans l'épaisseur des parois de ce conduit (Atlas, Pl. xlvi, fig. 3), soit qu'elles aient soulevé devant elle les parois du bassinet ou qu'elles en aient déterminé la destruction (Atlas, Pl. xiii, fig. 10).

Lorsque les reins ont été entièrement envahis par la dégénérescence cancéreuse, devenus informes, bosselés, ils ne présentent plus aucune trace de leur organisation primitive, et ils offrent des différences d'aspect très remarquables (Atlas, Pl. xiii, fig. 10; Pl. xlv, fig. 1; Pl. xlvi, fig. 1; Pl. xlviii, fig. 1; Pl. xlix, fig. 2). Dans des masses cancéreuses ramollies, on trouve quelquefois de véritables cavernes, le plus ordinairement remplies, en partie, par une sorte de détritus formé de matière cancéreuse et de sang altéré, qui s'écoule avec l'urine dans le bassinet, par une ou plusieurs ouvertures accidentelles (Atlas, Pl. xlv, fig. 6).

Le *fongus hématode* des reins (Atlas, Pl. xlix, fig. 1 et 2) se rapproche, par ses caractères anatomiques, d'une autre altération plus rare, de l'apoplexie rénale, dans laquelle du sang ou de la fibrine est déposée dans les substances rénales. La nature cancéreuse du fongus hématode des reins est démontrée, non-seulement par l'existence d'une petite quantité de matière cérébriforme, comme ensevelie dans des caillots de fibrine al-

térée, et par l'existence simultanée d'altérations cancéreuses et fongoïdes, dans plusieurs autres viscères, et même dans les os. D'ailleurs, la dégénérescence encéphaloïde des reins est quelquefois accompagnée de dépôts sanguins considérables, ou de caillots de fibrine plus ou moins altérés, tout-à-fait analogues, au moins en apparence, à ceux qu'on observe dans le fongus hématode proprement dit (ATLAS, Pl. XLV, fig. 6).

Le fongus hématode des reins se reconnaît à des masses bosselées d'un brun rougeâtre, quelquefois mélangé de teintes jaunes, et qui paraissent molles ou pâteuses sous la pression du doigt. A la coupe, on voit que les masses sont constituées par de la fibrine altérée, brunâtre ou jaunâtre en quelques points, que le doigt peut diviser ou écraser facilement, et qui est quelquefois tellement ramollie qu'elle ressemble à une sorte de bouillie.

Dans des cas où le rein avait été entièrement envahi par la dégénérescence cancéreuse, en disséquant attentivement l'altération, on a trouvé, dans des masses de matière cérébriforme, et plus rarement dans le voisinage de dépôts fibrineux, du tissu squirrheux, avec l'apparence qu'il offre si souvent dans le cancer des mamelles. Des bandes ou des stries irrégulières, d'un tissu blanc bleuâtre, résistant comme le lard ou le tissu cellulaire induré, traversaient les masses cancéreuses en différens sens.

Dans le cancer des reins, les tissus élémentaires de ces organes et leurs conduits excréteurs peuvent offrir des altérations non moins remarquables. On a vu les veines rénales, et même la veine-cave inférieure, distendues par du sang coagulé ou diversement altéré (ATLAS, Pl. XLVII, fig. 1; Pl. XLIX, fig. 1 et 3). En général, les dépôts fibrineux trouvés dans les veines ont une apparence qui se rapproche beaucoup de celle des dépôts fibrineux purs ou mélangés de matière cérébriforme qu'on observe en même temps dans les reins.

Les vaisseaux et les ganglions lymphatiques des reins participent souvent aux dégénérescences cancéreuses de ces organes (ATLAS, Pl. XLV, fig. 5 et 6).

Les ganglions lymphatiques de la scissure transformés en

matière squirrheuse ou infiltrés de matière cérébriforme, sont quelquefois réunis en une seule masse mamelonnée, qui comprime plus ou moins le bassinet et l'origine de l'uretère (Atlas, Pl. xlv, fig. 5 et 6).

Les enveloppes fibreuse et celluleuse des reins, malgré la distension que leur fait éprouver l'augmentation du volume du rein, acquièrent quelquefois une épaisseur considérable, et souvent elles sont sillonnées par des vaisseaux fortement injectés et d'une plus grande dimension que dans l'état normal.

Les altérations cancéreuses du bassinet sont très rares. Je n'ai jamais vu ses membranes infiltrées de matière cancéreuse en nappe, à la manière des infiltrations tuberculeuses des mêmes parties (Atlas, Pl. xlii, fig. 3 ; Pl. xliv, fig. 1). Mais, deux fois, j'ai vu des masses cancéreuses plus ou moins aplaties et d'une dimension assez considérable, implantées sur la membrane muqueuse du bassinet ou des calices (Atlas, Pl. xlvi, fig. 3).

Je n'ai rencontré qu'un très petit nombre de fois dans les reins la dégénérescence tuberculeuse associée au cancer; j'ai vu plus souvent chez un même individu des tubercules dans les poumons et de la matière encéphaloïde dans les reins. Dans un cas de diathèse cancéreuse et mélanique, j'ai trouvé, dans la substance corticale des reins, de petits dépôts de mélanose et des noyaux cancéreux.

Les animaux, aussi bien que l'homme, peuvent offrir des affections cancéreuses dans les reins (Atlas, Pl. xlviii, fig. 3 et 4). Je les ai observées notamment chez le chien et le bœuf.

§ 915. *Symptômes.* — Le cancer des reins peut être *latent.* Dans ce cas, l'altération des reins n'a pas suffisamment augmenté le volume de ces organes, pour qu'ils forment dans la région lombaire une tumeur appréciable au toucher ou à la pression. A cet état, la dégénérescence cancéreuse n'est pas assez avancée pour déterminer, de temps à autre, une hématurie plus ou moins considérable dans le bassinet, et l'urine n'offre pas d'altération caractéristique. Quelques malades seulement se plaignent d'une douleur profonde, persistante, tantôt sourde, tantôt très aiguë et déchirante dans une des régions

lombaires. Ce symptôme est commun, non-seulement à plusieurs affections des reins, mais encore à des lésions de la moelle épinière, de l'aorte, etc.

Le plus souvent au bout d'un certain temps, le rein, devenu cancéreux, augmente de volume, de manière à former une tumeur dure, solide, appréciable au toucher. Quelquefois cette tumeur dépasse à peine le rebord des côtes; d'autres fois, elle occupe tout l'espace situé entre la dernière côte et le bord supérieur de l'os coxal. Cette tumeur peut présenter des mamelons appréciables au toucher.

Un autre symptôme du cancer des reins parvenu à un degré avancé, et surtout du cancer du bassinet ou du cancer hématode, est la présence d'une certaine quantité de sang dans l'urine. Cette hématurie rénale, tantôt légère, tantôt considérable, a rarement lieu d'une manière continue, soit que l'hémorrhagie se suspende, soit qu'un caillot forme obstacle au passage de l'urine sanguinolente. Mais bientôt l'urine devient de nouveau rougeâtre comme de la lavure de chair ou d'un rouge de sang plus foncé. Souvent le sang se coagule dans l'uretère et prend une forme vermiculaire, ou bien, si une grande quantité de sang est descendue dans la vessie, ce fluide s'y concrète et l'expulsion en devient difficile et douloureuse. L'urine, qui surnage, est trouble; la couleur en est foncée et l'odeur fétide, surtout dans les derniers temps de la maladie. En même temps l'appétit diminue, il survient des flatuosités intestinales, quelquefois des nausées et même des vomissemens.

Dans le cancer des reins, il est rare d'observer la rétraction du testicule qui accompagne si souvent la pyélite calculeuse, lorsqu'il y a rétention d'urine à la suite de l'obstruction de l'uretère par un calcul.

La peau, surtout dans les derniers temps de la maladie, prend ordinairement une teinte jaune paille. L'amaigrissement fait des progrès malgré le régime le plus analeptique. L'état du pouls est variable; souvent il n'existe qu'une fièvre légère, les membres inférieurs s'œdématient, et parfois une *hydropisie* générale, suite de la cachexie cancéreuse et des hématuries répétées, se déclare et présage la mort. Le développement de

l'œdème des parties inférieures peut être favorisé ou déterminé par la formation de caillots fibrineux ou cancéreux dans la veine-cave inférieure et dans les veines rénales et spermatiques.

A ces divers symptômes, il se joint souvent d'autres phénomènes morbides, dépendant soit de complications purement accidentelles, soit, ce qui est très ordinaire, de lésions cancéreuses du foie, de l'estomac, de l'intestin, ou d'autres organes atteints par la diathèse cancéreuse. On aura une idée générale de ces complications et de leur expression symptomatique en consultant les observations particulières, indiquées ou rapportées plus loin (Voyez : *Historique*).

§ 916. *Causes*. Le cancer des reins attaque de préférence le sexe masculin, l'âge mûr et la vieillesse. On l'a observé chez des individus qui jouissaient en apparence d'une bonne constitution. Quoique les jeunes gens en soient rarement affectés, ils n'en sont point exempts; le cancer hématode des reins a même été plusieurs fois observé chez les enfans.

Le cancer attaque plus fréquemment le rein droit que le rein gauche, par suite de la plus grande fréquence du cancer dans le foie que dans la rate.

Les maladies des voies urinaires et en particulier leurs inflammations n'ont point d'influence manifeste sur la production du cancer dans les reins.

Le cancer des reins peut être consécutif au sarcocèle et à l'ablation d'un testicule cancéreux; j'ai vu cette relation chez l'homme et chez le chien.

§ 917. *Diagnostic*. A l'état *latent*, c'est-à-dire lorsque l'altération cancéreuse du rein n'a point encore occasioné d'hématurie ni donné lieu au développement d'une tumeur dans une des régions lombaires, les douleurs déterminées par un cancer des reins peuvent être confondues avec des douleurs rhumatismales ou avec une névralgie lombaire. L'apparition d'une *hématurie* chez un malade qui éprouve habituellement de semblables douleurs, sans avoir rendu antérieurement du sable ou des graviers dans l'urine, sans avoir été atteint de rétention d'urine complète ou incomplète, devient significative si les

douleurs existent dans les intervalles des hématuries comme pendant leur durée, et si elles se renouvellent sans causes appréciables.

Quant aux *tumeurs rénales cancéreuses*, sans hématurie, elles ont été plus d'une fois l'occasion d'erreurs de diagnostic. On les a prises pour des abcès profonds aux lombes; pour des pyélites calculeuses avec distension du bassinet et des calices; pour une tumeur de l'ovaire, etc. Des tumeurs cancéreuses, appartenant au rein droit, ont été considérées comme des altérations du foie, surtout lorsqu'elles étaient, pour ainsi dire, soudées avec cet organe, et l'erreur n'a cessé que lors de l'apparition d'un nouveau symptôme, une hématurie habituelle.

Parfois aussi on a confondu des tumeurs cancéreuses appartenant au rein gauche, avec des intumescences de la rate consécutives à des fièvres intermittentes ou produites par une dégénérescence de cet organe. Toutefois les tumeurs de la rate sont le plus souvent indolentes (les cas de coïncidence de péritonite splénique exceptés), et ne sont point accompagnées d'hématurie.

Enfin il peut arriver, mais ce cas est rare, que les ganglions lymphatiques de la scissure du rein et les ganglions lymphatiques prélombaires deviennent cancéreux, se tuméfient, se réunissent et s'agglomèrent de manière à former une tumeur considérable, mamelonnée et douloureuse qui simule une dégénérescence cancéreuse du rein. J'ai vu un cas dans lequel une semblable altération fut prise pour un cancer des reins, non-seulement pendant la vie, mais encore après la mort. L'erreur ne fut reconnue que par une dissection attentive de la tumeur : au-dessous d'une couche de tissu cellulaire induré, on trouva le rein déformé, aplati, intimement uni à la masse cancéreuse, et complètement exempt de cancer.

§ 918. *Pronostic et traitement*. Le cancer des reins, qu'il soit simple ou compliqué de lésions cancéreuses d'autres organes, est un mal incurable. Toutefois on prolongera l'existence des malades en les plaçant dans des conditions hygiéniques favorables, par une nourriture succulente et par l'usage d'un vin généreux. Le ratanhia et les préparations ferrugineuses (limaille de fer, lactate et sous-carbonate de fer), employés

sous diverses formes ralentiront quelque temps les progrès de la cachexie cancéreuse et de l'hydropisie qu'amènent inévitablement les longues souffrances et les hématuries habituelles, inséparables de cette dégénérescence parvenue à son dernier terme.

On s'abstiendra d'émissions sanguines locales ou générales, même aux premiers indices de la maladie, hors les cas d'hématurie avec fièvre, de péritonite partielle et douloureuse autour de la tumeur formée par le rein dégénéré. On n'y aura même recours qu'après avoir inutilement essayé desbains et des topiques émolliens et narcotiques.

Quant aux douleurs occasionées par le passage de caillots fibrineux, soit de l'uretère dans la vessie, soit de la vessie à travers le canal de l'urèthre, elles ne cessent qu'après l'expulsion des caillots ou après le rétablissement du cours de l'urine qui peut être favorisé par une ingestion abondante de boissons rafraîchissantes, telle que l'eau de lin, l'eau minérale de Contrexeville, etc. Il est inutile d'ajouter que l'application de la glace aux lombes peut être utile, si le rein cancéreux fournit beaucoup de sang. L'accumulation des caillots dans la vessie ou l'occlusion de son col peut rendre le cathétérisme et des injections nécessaires.

Les cautères, les moxas, que plusieurs praticiens font appliquer à la peau des lombes dans les cas de dégénérescence cancéreuse des reins, sont des remèdes impuissans contre le mal local et contre la diathèse qui le produit. Pour mon compte, j'ai depuis long-temps renoncé à ces remèdes, plus nuisibles qu'utiles, qui fatiguent les malades, en nuisant quelquefois à leur sommeil, ou qui, en s'opposant à certaines attitudes, rendent le coucher ou les mouvemens du tronc plus pénibles et plus douloureux.

Les préparations de ciguë, trop vantées contre les affections cancéreuses, ont aussi de graves inconvéniens; elles nuisent, en pure perte, aux fonctions de l'estomac. Le principal remède, le seul vraiment utile, c'est l'opium. La longueur de la durée de la maladie oblige souvent à employer successivement la plupart des préparations opiacées les plus usitées, soit en lavement, soit à l'aide de la méthode endermique.

Enfin, il faut éloigner du malade la pensée d'un mal incurable, en lui faisant prendre des remèdes insignifians, dont l'action sera annoncée comme devant être très lente.

Historique et observations particulières.

§ 919. D'anciens auteurs ont mentionné, sous le nom de *squirrhe du rein*, des altérations bien distinctes du véritable cancer. Sennert (1) caractérise ainsi le squirrhe des reins : « est autem *squirrhus* renum, malum plerumque insanabile, quod hominem in cachexiam aut hydropem conjicere potest. » A un premier aperçu, il semblerait que Sennert a connu le squirrhe ou le cancer des reins, d'après la fréquence bien connue de l'hydropisie, à la suite de cette dégénérescence; mais Sennert ajoute : « Urina in squirrho renum redditur pauca, *tenuis et aquosa*, » ce qui indique clairement, suivant moi, que ce célèbre médecin appliquait la dénomination de *squirrhe* à l'inflammation chronique des reins et non à une dégénérescence squirrheuse, telle qu'on la comprend généralement aujourd'hui.

Chopart (2) traite du cancer des reins; mais les observations qu'il rapporte ne sont pas réellement des cas de cancer. Dans la première, empruntée à Seger, il est dit qu'un des reins était très volumineux et rempli de pus, et que l'autre contenait un calcul. Dans l'autre, extraite de Th. Bonet, il s'agit d'un rein transformé en une espèce de poche; les deux malades avaient rendu des urines sanguinolentes et des caillots de sang.

Dans ces derniers temps, un assez grand nombre de cas de cette maladie ont été publiés dans les journaux de médecine. Le docteur C.-G. Carraud (3) a observé, à l'hospice de la Salpêtrière, chez une femme de 58 ans, un cas de cancer du rein droit, qui avait été pris pour une maladie du foie. Le rein était

(1) Sennert. *Opera*, t. 1, lib. 3, part. 1, sect. 1, cap. 9.

(2) Chopart, *ouvrage cité*, t. 1, page 132.

(3) Carraud (C.-G.). *Dissert. sur la néphrite*, in-4, Paris, 1813, page 21.

transformé en une large tumeur encéphaloïde du volume de la tête d'un homme.

Béclard (1) a trouvé sur le cadavre d'un homme âgé de 50 ans un cancer du rein droit. La tumeur égalait le volume de la tête d'un enfant; elle était formée par du tissu cérébriforme d'une couleur jaune, parsemé de petites cavités remplies de sang et de pus. Le foie présentait aussi une grande quantité de tubercules cancéreux.

M. Chomel (2) a rapporté un cas de cancer, observé chez un vieillard âgé de 60 ans, et qui avait paru prendre naissance à l'occasion d'un coup reçu vers la région de la rate et de l'estomac; un état de langueur précéda de quelques mois l'apparition d'une tumeur, dont l'accroissement fut tel qu'elle envahissait une partie de l'abdomen. A l'ouverture du corps, on trouva que la tumeur était formée par une dégénérescence cancéreuse et tuberculeuse du rein. Ce cas est surtout remarquable, en ce que les autres viscères du thorax et de l'abdomen n'offraient aucune lésion.

Le docteur Roques (3) a publié le cas d'un militaire, opéré d'un sarcocèle du testicule gauche, et qui mourut plus tard d'un cancer du rein gauche et du foie. Le rein, transformé en matière encéphaloïde, pesait plus de quatorze livres.

Le docteur Miriel (4) cite le fait suivant qui est des plus curieux: « Françoise Levelly, âgée de 35 ans, se présente à l'hôpital civil de Brest, le 6 avril 1809, pour être admise à faire ses couches. Cette femme se trompait. On ne prit point part à son erreur, et elle fut renvoyée dans une salle ordinaire, où elle mourut le lendemain. A l'ouverture du cadavre, on trouva une tumeur énorme qui avait déplacé et porté à gauche tous les intestins grêles, le cœcum et les portions ascendante et transverse du colon. Dirigé par l'uretère, qui se perdait au centre de cette

(1) *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. v, 1816, p. 114.

(2) *Journal de méd. chir. et de pharmac.*, 1814. — Bibl. méd., t. XLV, p. 81.

(3) *Bulletin des sciences médicales*, 1829, t. XVII, p. 133.

(4) Miriel (G.). *Reflexions sommaires sur l'importance du diagnostic*, in-4, Paris 1810, page 13.

tumeur, dont le volume extraordinaire en avait imposé à cette femme, de manière à lui faire croire qu'elle était enceinte, M. Duret, chirurgien en chef de la marine, au port de Brest, reconnut que c'était le rein droit. Sa forme était ovoïde, son poids de six livres et demie, et cette masse informe s'étendait depuis le pilier du diaphragme jusque dans le bassin. Divisé par tranches minces, suivant sa longueur et sa largeur, il fut impossible de reconnaître la substance qui, dans l'état sain, contribue à la formation du rein. Cet organe était dénaturé, désorganisé, et n'offrait qu'une substance molle, blanche, et qui avait, quant à la consistance et à la couleur, une ressemblance parfaite avec la pulpe cérébrale. Enfin, sans la présence de l'uretère, il eût été impossible de rencontrer la moindre trace du rein.

M. le docteur Gintrac (1) a publié deux observations de cancer des reins, avec des remarques intéressantes sur cette maladie. L'une de ces observations est celle d'un homme de 54 ans, mort d'un cancer du rein gauche. Cet organe était transformé en une masse de matière encéphaloïde ; il y avait des tubercules dans les poumons. L'autre est celle d'un homme de 59 ans, mort d'un cancer du rein droit. Les mamelons étaient ramollis et dégénérés en matière encéphaloïde ; il y avait aussi dans le rein gauche plusieurs tubercules cancéreux. La capsule surrénale était convertie en une masse cancéreuse. La veine-cave contenait inférieurement un caillot pareil à la dégénérescence cancéreuse ramollie ; la veine azygos était remplie de matière encéphaloïde.

Dance (2) a vu un vieillard de 78 ans atteint d'un cancer de l'intestin, des ganglions mésentériques et du foie. Les reins contenaient quatre ou cinq noyaux de matière encéphaloïde, à l'état de crudité.

M. Renauldin (3) dit que, chez une femme, âgée de 65 ans, le

(1) Gintrac. *Mémoires et observ. de méd. cliniq. et d'anat. pathol.*, page 109, Bordeaux, 1830.

(2) *Archives générales de médecine*, t. XXV, page 45, 1831.

(3) *Archives générales de médecine*, 2e série, t. II, pag. 588, 1833.

rein gauche, augmenté de volume par suite d'une dégénérescence cancéreuse, avait été pris pour une tumeur de la rate. Il y avait dans le ventricule gauche du cœur une tumeur cancéreuse du volume d'une noix.

Le docteur Norris (1) a vu, chez un homme de 59 ans, dont les glandes mésentériques étaient cancéreuses, le foie, le pancréas, les reins, le sternum, etc., offrir des lésions cancéreuses.

Le docteur Houssard (2) a observé un cas de cancer du rein droit et du foie chez une femme âgée de 28 ans.

M. Cruveilhier (3) a cité un cas de cancer du rein droit, du foie et des poumons.

M. Bouillaud (4) a observé, chez un homme de 60 ans, une dégénérescence tuberculeuse et encéphaloïde du rein droit, qui s'étendait de la fosse iliaque jusqu'au foie.

M. le docteur Vallerand de Lafosse (5) a rapporté un cas de cancer du rein droit, observé chez un homme de 30 ans. Le rein était presque entièrement converti en tubercules cancéreux, il y avait des tubercules dans les poumons.

M. Rostan (6) a observé un cas de cancer de l'estomac et du rein droit chez une femme, âgée de 64 ans.

Le docteur John Darwall (7) a rapporté sous le nom de *physconie rénale* denx observations de tumeurs rénales qui paraissent être des cas de cancer du rein, l'un observé chez une vieille femme et l'autre chez un jeune homme de 22 ans.

Un cas cité par M. Récamier (8) paraît être aussi un cas de dégénérescence cancéreuse du rein gauche. La malade était une femme d'un âge avancé; les poumons contenaient quelques tubercules.

(1) *Edinb. med. and surg. journal*, vol. XVI, p. 562, 1820.
(2) *Bibl. méd.*, tom. LIX, page 350, 1818.
(3) *Nouvelle. bibl. méd.*, t. III, p. 373, 1829.
(4) *Journ. compl. des sc. méd.*, t. XXXI, pag. 18, 1828.
(5) *Nouvelle bibl. méd.*, t. VIII, p. 42, Paris, 1825.
(6) *Nouveau journ. de méd.*, t. VI, p. 215, 1819.
(7) *Edinb. med. and surg. journ.*, t. XIX, p. 160, 1823.
(8) *Revue médicale*, t. II, p. 18, 1824.

T.-F. Rance (1) a rapporté le cas d'une petite fille d'un an et cinq mois, laquelle portait dans l'hypochondre gauche une tumeur qui, au toucher, paraissait avoir le volume d'un œuf de poule. Six mois après, on découvrit une tumeur dans l'hypochondre droit. Puis il survint une hématurie. Après la mort, on trouva à la place des reins deux tumeurs cancéreuses fongoïdes. On peut rapprocher de ce cas celui d'un enfant, âgé de 4 ans et mort d'un cancer hématode du rein droit, et dont l'observation a été publiée par M. Bennett (2); le rein pesait quatre livres environ, les autres organes étaient sains.

M. Velpeau (3) a publié plusieurs observations remarquables de diathèse cancéreuse, avec dépôt de matière encéphaloïde dans les reins ou le bassinet.

Le docteur Sandwich (4) a observé un cas de cancer du rein droit chez une vieille femme qui avait été sujette à des coliques néphrétiques et à des pissemens de sang. Le rein droit pesait près de huit livres.

§ 920. Les cas de cancer des reins qu'on rencontre dans la pratique peuvent être classés dans *trois catégories*. La première comprend les cas de dépôts de matière encéphaloïde dans les reins, sans augmentation notable du volume de ces organes et sans hématurie (*cancer latent*); la seconde, les cas de cancer du rein ou du bassinet, principalement caractérisés par des douleurs rénales et par une hématurie habituelle, sans augmentation notable du volume du rein (ces cas, quoique moins obscurs que les premiers, sont plus souvent soupçonnés que reconnus pendant la vie); enfin, une troisième catégorie se compose des cas de cancer, annoncés par une tumeur rénale, dure, facilement appréciable au toucher et par une hématurie habituelle.

(1) Fongus hématode des reins (*Bibl. méd.*, t. XLVII, pag. 124, 1815).

(2) *London med. Gazette*, t. VIII, p. 182, 1831.

(3) *Revue méd.*, t. IV, p. 219, 1826. — *Ibid.*, t. III, p. 77, 1826. — *Ibid.*, t. IV, p. 217, 1826.

(4) Case of fungus hæmatodes of the kidney (*Edinb. med. and surg. journ.*, vol. XVI, p. 381, 1820.

Les observations suivantes m'ont paru propres à remplir quelques lacunes dans l'histoire générale du cancer des reins. Les observations I, II, III et IV montrent comment la péritonite, le cancer de l'estomac ou de l'intestin peuvent masquer l'expression symptomatique du cancer des reins. Les observations I, II, III, etc., sont des exemples de cancer *latent* des reins et de diathèse cancéreuse. L'observation IX est un exemple fort extraordinaire de cancer du rein droit, s'ouvrant dans le duodénum. L'observation XI est un exemple des cas de cancer des reins qu'il est facile de reconnaître pendant la vie. Enfin, les observations III, IV, XI, etc., sont propres à donner une idée générale des *hydropisies* consécutives à la dégénérescence cancéreuse des reins.

§ 921. *Première série.* — M. le docteur Aubé m'a remis le rein d'une femme morte d'une péritonite à l'hôpital Beaujon. Cette femme était entrée à l'hôpital quelques jours seulement avant sa mort. Elle y avait été admise pour y faire ses couches. Le travail avait été très laborieux ; la version avait été nécessaire et avait offert beaucoup de difficultés. Il en résulta une métro-péritonite à laquelle cette femme succomba trois ou quatre jours après sa délivrance. A l'autopsie du corps les recherches furent principalement dirigées vers l'utérus : il existait une péritonite générale ; épanchement de sérosité purulente, accompagné d'adhérences récentes des diverses parties de l'intestin. L'utérus, double du volume de la tête d'un fœtus à terme, présentait intérieurement une exsudation purulente. Les veines utérines et celles du bassin contenaient du pus. Rien de remarquable dans les autres organes, si ce n'est à la surface d'un des reins, dans la substance corticale duquel existait une petite masse de cancer encéphaloïde de la grosseur d'une noix environ; ce rein de forme et de volume ordinaires, généralement peu coloré, présentait, vers le milieu de son bord convexe, un tubercule cancéreux de la grosseur d'une petite noix, faisant un peu saillie à l'extérieur et s'enfonçant de deux lignes environ dans la substance corticale. Au-dessus de cette tumeur, la membrane du rein offrait un lacis de petits vaisseaux. A la coupe, la substance de la tumeur était uniformément blan-

châtre, peu consistante et pouvait s'écraser sous le doigt. Ecrasée sous le doigt, cette substance prend une teinte un peu rougeâtre et ressemble à la substance cérébrale ramollie; près de cette tumeur, on trouve un grain cancéreux gros comme la tête d'une épingle. La substance rénale, voisine de ces dépôts, ne paraît pas altérée.

Il n'y avait rien de semblable dans l'autre rein, ni dans aucun organe. Ce rein offrait à sa surface une petite bosselure, mais le tissu n'en était nullement altéré.

Chez une autre femme morte de péritonite puerpérale, l'altération cancéreuse était aussi à l'état rudimentaire. Un des reins, pesant 3 onces 3 gros 1/2, présentait à sa surface quelques rougeurs et un certain nombre de petits grains blancs solides. Dans un des cônes, très près de son extrémité, il y avait une tumeur arrondie, grosse comme une noisette, blanchâtre, un peu molle et vasculaire, ressemblant beaucoup à certains tubercules cancéreux du foie. Les calices et le bassinet étaient injectés; les cônes étaient d'un rouge assez foncé.

Obs. I. — Cancer du rein à l'état rudimentaire; cancer du foie et de l'estomac. — Péritonite. — Douleurs hépatiques et douleurs rénales; hydropisie.

Fontaine (Auguste), né à Paris, orfèvre, d'une constitution lymphatique, né de parens sains, n'avait eu aucune maladie jusqu'à l'âge de 14 ans; à cette époque il fut atteint de la petite-vérole, et depuis il dit n'avoir éprouvé que des indispositions passagères.

Depuis un an il a senti des douleurs vagues dans le dos, à la partie antérieure de la poitrine, à la région de l'estomac, surtout après le repas, avec des vents qui lors de leur sortie donnaient une secousse à la région épigastrique. Depuis quatre mois les flatuosités sont devenues plus fréquentes, avec douleurs lancinantes à la poitrine, sans toux, ni crachats. Douleurs de reins par intervalles. Tous ces symptômes ont augmenté depuis cinq semaines; la face est bouffie; les jambes sont tuméfiées.

Le 15 septembre, joues flasques, jambes œdématiées, surtout

le soir; depuis cinq jours douleurs au mollet gauche, dégoût pour le pain et le vin, douleurs à la région épigastrique, qui est très sensible à la moindre pression; douleurs à la poitrine et au dos surtout dans la région du foie; la surface du lobe gauche de cet organe est comme brunie. Les douleurs sont lancinantes; assoupissement presque continuel; douleurs à la région des reins; urines en apparence naturelles, et peu acides (*Eau de Seltz; trois tasses de lait, deux bouillons*).

Les jours suivans, la douleur au foie est plus continue; le ventre devient même généralement douloureux, sans hoquet, ni vomissemens. Mort le 14, à quatre heures du matin.

Autopsie du cadavre. Le cerveau mou; sérosité dans les ventricules; injection de la pie-mère.

Poitrine. Le larynx contient beaucoup de mucus; adhérences au sommet des deux poumons, qui sont froncés, parsemés de petites cavernes et infiltrés de tubercules. Engouement de la partie postérieure des deux poumons; sérosité sanguinolente dans le péricarde.

Abdomen. L'estomac adhère à la face inférieure du lobe moyen du foie. Cet organe, plus volumineux que dans l'état sain, est parsemé d'un grand nombre de tumeurs cancéreuses, encéphaloïdes, irrégulièrement arrondies, à divers degrés de volume et de consistance. Le tissu contigu à ces tumeurs est d'un rouge foncé; la rate est molle; dans le petit bassin il y a beaucoup de flocons pseudo-membraneux, résultant d'une péritonite récente. Le péritoine contenait environ un litre de liquide rougeâtre, d'odeur fétide; le pylore et une partie du bas-fond de l'estomac étaient cancéreux. Depuis le duodénum jusqu'au cœcum teinte verte foncée, uniforme, de l'intestin. Amas de matière fécale dans un grand tiers du gros intestin.

Les reins, légèrement augmentés de volume, sont infiltrés de petits noyaux de matière encéphaloïde. Les uretères et la vessie étaient sains.

Obs. II. — Cancer de l'estomac, et du foie; petits dépôts cancéreux dans la substance corticale des deux reins, non sensiblement augmentés de volume; urines acides sans altération notable.

J.-B. Giroux, portier, entra, le 1er avril 1836, à l'hôpital de la Charité. Cet homme, âgé de 42 ans, d'une haute stature et d'un tempérament nerveux, s'était toujours assez bien porté, lorsqu'il y a trois à quatre mois il éprouva, à la suite de chagrins, quelques douleurs du côté de l'estomac et qui se faisaient sentir pendant la digestion; il n'en continua pas moins à travailler. A ces douleurs se joignirent des vomissemens quelquefois verdâtres, quelquefois noirâtres, et une perte de force, avec amaigrissement notable.

Teinte jaune-paille légère, décubitus sur le dos, faiblesse générale prononcée; le malade se plaint quand il lui faut exécuter quelques mouvemens dans son lit; la voix est éteinte. Au bas de l'épigastre on sent une tumeur du volume du poing, inégale, résistante, un peu douloureuse à la pression, qui fait corps avec l'estomac et surtout avec la région pylorique, et se termine vers le foie sans lui adhérer. Douleur à l'épigastre, principalement dans la tumeur; douleur obtuse et continue avec quelques exacerbations; perte complète d'appétit; vomissemens souvent répétés de matière noirâtre, semblable parfois à de la suie ou à des morceaux de charbon tenus en suspension dans l'eau. Ces vomissemens ne se répètent pas plus de trois à quatre fois par jour, quand G... ne boit pas; mais comme il est tourmenté d'une soif vive, il ne peut résister à ce besoin; alors, il survient des vomissemens une demi-heure environ après l'ingestion du liquide. Tantôt il y a constipation, d'autres fois dévoiement, c'est-à-dire trois ou quatre selles liquides et noirâtres dans les vingt-quatre heures. Langue recouverte d'un enduit jaunâtre, épais à la base, rosée à la pointe et sur les côtés; inappétence complète; quelquefois des hoquets; urines très foncées en couleur, d'une odeur nauséabonde, et acides (on les avaient trouvées alcalines un matin, mais elles avaient été rendues dans une urinoire sale); pouls faible, déprimé, (60 pulsations par minute); assoupissement (*applications émol-*

lientes; eau de Seltz); un peu de soulagement; mort le 10 mai.

Autopsie du cadavre. L'estomac a éprouvé une si forte distension qu'il descend jusqu'au niveau des crêtes iliaques; les parois en semblent saines et de même épaisseur dans les deux tiers supérieurs. A partir de ce point jusqu'à trois pouces au-dessus de la valvule pylorique, la membrane muqueuse de ee viscère est d'un rouge-brun et se déchire assez facilement; toute la surface de cette membrane est salie par des mucosités brunâtres.

Dans la région pylorique, l'estomac présente jusqu'à sa terminaison la désorganisation cancéreuse à un degré très avancé. A la coupe, on aperçoit un tissu blanc-grisâtre, lardacé, dont l'épaisseur est depuis une jusqu'à trois et quatre lignes. Des couches d'aspects divers correspondent aux membranes de l'estomac; on distingue surtout la couche musculeuse hypertrophiée.

La membrane muqueuse brunâtre, mamelonnée, ulcérée dans quelques points, présente çà et là des fongosités et des excroissances considérables. Dans certains points, elle est endurcie; dans d'autres, elle a l'aspect d'une bouillie lie de vin.

La dégénérescence cancéreuse est d'autant plus avancée, qu'on se rapproche davantage de l'orifice pylorique; la valvule pylorique est en partie détruite.

La péritoine et surtout l'épiploon gastro-colique, offrent plusieurs masses ou tumeurs encéphaloïdes à un état plus ou moins avancé. Le reste du tube digestif est notablement injecté et rempli de la matière noirâtre que vomissait le malade.

Le foie contient dans son épaisseur plusieurs masses cancéreuses du volume d'une lentille jusqu'à celui d'une noix, dures, d'un tissu blanchâtre, composées de petits lobes, comme mamelonnées, et qu'on peut énucléer facilement.

Vers la face supérieure du rein droit et sur son bord convexe, on observe une petite masse cancéreuse du volume d'un pois; cette petite masse cancéreuse est plus dense et moins grenue que celles du foie; le cœur est sain. Grains cancéreux dans le rein gauche.

Quelques adhérences anciennes dans la poitrine; un peu d'engouement à la base des poumons.

Tête. Cerveau sain.

Obs. III. — Cancer ulcéré du cœcum; cancer des reins; hydropisie générale; tubercules pulmonaires.

Un vieillard qui portait une tumeur dans la région du cœcum, fut admis dans mon service à l'hôpital de la Charité. Il offrait une apparence cachectique avec œdème et diarrhée colliquative, et mourut peu de temps après son admission à l'hôpital. L'autopsie du cadavre fut pratiquée 24 heures après la mort.

Etat extérieur. Face et membres extrêmement maigres; peau d'un jaune paille; membres inférieurs infiltrés de sérosité; ventre un peu ballonné.

Tête. Les enveloppes du cerveau sont infiltrées de beaucoup de sérosité; la substance cérébrale a peu de consistance.

Poitrine. Point d'épanchement dans les plèvres. Le poumon droit est un peu œdémateux à sa partie postérieure; dans le lobe supérieur du poumon gauche existe une masse dure, du volume d'un œuf de poule, qui, incisée, est constituée par un amas de tubercules; le tissu pulmonaire intermédiaire à ces masses est dur, gris, et crie sous le scalpel.

Le cœur ne présente aucune altération. Le péritoine contient environ un litre de sérosité roussâtre. L'estomac ne présente rien à noter. Dans la moitié inférieure de l'intestin grêle, on voit, de distance en distance, à travers le péritoine, des taches blanchâtres. L'intestin ouvert présente une teinte ardoisée et de petites places rouges. Sous la membrane muqueuse de l'iléon, on remarque de petits dépôts de tissu encéphaloïde blanchâtres, assez durs, du volume d'une lentille; dans l'intérieur du cœcum, il y a plusieurs ulcérations; la valvule cœcale est presque détruite. Les tuniques du cœcum ont beaucoup augmenté d'épaisseur; en quelques points, elles ont cinq à six lignes.

Le colon offre plusieurs ulcérations irrégulières, et, en quel-

ques points, de la rougeur, avec un peu de boursouflement de la membrane muqueuse. La rate et le foie ont leur volume et leur consistance ordinaires, mais il y a dans le foie quelques points durs, blanchâtres, du volume d'une petite noix (tissu encéphaloïde). Ces masses, au nombre de sept à huit, ne sont pas enkystées, et autour d'elles la substance corticale est un peu injectée.

Les reins, de volume et de consistance ordinaires, présentent, comme le foie, de petites masses de matière encéphaloïde du volume d'une noisette, au nombre de cinq ou six dans chaque rein; elles sont situées dans la substance corticale et font un peu de saillie à l'extérieur du rein. Une injection fine, poussée par la veine rénale, a très bien pénétré dans la substance du rein et même au centre des noyaux de substance encéphaloïde.

Les uretères, la vessie et l'urèthre, sains.

Obs. IV. — Noyau cancéreux dans le rein droit; anémie et atrophie du rein gauche; altération cancéreuse des ganglions du col et de l'abdomen, cancer de l'estomac, du foie, etc., avec hydropisie ascite, œdème du tronc et des membres inférieurs.

Joséphine Legrand entra à l'hôpital de la Charité, pour s'y faire soigner d'une cachexie cancéreuse à laquelle elle succomba le 6 avril 1831. On fit l'autopsie du corps vingt-sept heures après la mort.

Etat extérieur. Ventre distendu par des gaz; infiltration des muscles et du tissu cellulaire des membres inférieurs et du dos.

Abdomen. La cavité péritonéale contient deux pintes environ de sérosité verdâtre. En écartant les circonvolutions intestinales, on sent au-dessous du mésentère une masse volumineuse, dure, située de chaque côté de la ligne médiané. Cette masse est formée par des glandes cancéreuses énormes. L'estomac adhère en avant au bord tranchant du lobe moyen du foie; en arrière, à la masse cancéreuse dont il vient d'être parlé. Le canal hépatique, de la grosseur d'une très grosse plume d'oie, et le canal cholédoque sont placés au-devant de cette masse

cancéreuse; la veine-porte est aplatie et vide de sang; la petite courbure de l'estomac et la fin de l'œsophage sont occupées par une masse cancéreuse, bosselée, inégale, ramollie en plusieurs points, assez consistante en d'autres; la membrane musculeuse est d'un blanc bleuâtre et hypertrophiée.

A la surface du foie et dans son épaisseur existent de nombreux noyaux de matière cérébriforme, à l'état de crudité. Plusieurs de ces noyaux sont comme renfermés dans une membrane, et on en fait aisément l'énucléation. Dans d'autres points, cette matière est infiltrée dans le tissu de l'organe. Pancréas sain, quoiqu'en contact avec une masse cancéreuse.

Le duodénum est placé au-dessous de la tumeur, qu'il entoure en quelque sorte de manière à n'être point comprimé. L'uretère gauche est accolé à cette masse.

Les veines rénales contiennent du sang liquide; les reins sont petits; la substance corticale est pâle. Il y a de la graisse en assez grande abondance autour du bassinet du rein gauche; le rein droit, moins pâle que le gauche, présente un noyau de matière encéphaloïde. La masse cancéreuse prélombaire, blanche et dure, comprend dans son épaisseur l'aorte et les branches qu'elle fournit jusqu'à sa bifurcation. A partir de la mésentérique supérieure, le calibre de l'artère est diminué.

La veine-cave inférieure, située en dehors de la masse, n'a point diminué de calibre, bien qu'elle soit entourée de prolongemens de matière cancéreuse.

Poitrine. Un peu de sérosité dans le péricarde; hypertrophie concentrique du ventricule gauche. La partie postérieure des poumons est engouée; un peu d'injection dans l'iléon, et plus bas quelques ulcérations ou érosions superficielles de la membrane muqueuse; plusieurs ulcérations dans le colon.

A la partie latérale gauche du cou existe, au-dessous de la peau, du peaucier, des muscles sterno-mastoïdien et thyroïdien et omoplato-hyoïdien, une tumeur du volume du poing du sujet. Cette tumeur s'enfonce en arrière de la clavicule et refoule un peu le sommet du poumon en faisant une légère saillie dans la cavité thoracique. Cette tumeur, formée de tissu squirrheux lardacé, criant sous le scalpel, est étrangère au corps thyroïde,

atrophié par la compression qu'elle exerce sur lui. L'œsophage dans le point correspondant présente une arborisation vasculaire des plus considérables.

Tête. Un peu de sang liquide dans le sinus longitudinal supérieur ; les ventricules latéraux contiennent une cuillerée à bouche de sérosité transparente ; le cerveau et le cervelet sont un peu mous ; la moelle épinière est saine dans toute son étendue.

Obs. V. — Dégénérescence cancéreuse et tuberculeuse des reins chez une femme âgée, dont le cerveau et les poumons offraient des altérations de même nature.

Durand, marchande des quatre saisons, âgée de 59 ans, atteinte d'hémiplégie depuis quelques mois, entra à l'hôpital de la Charité, le 5 septembre 1838.

Regardée comme infirme et incurable, elle fut peu observée ; on ne s'occupait d'elle que pour la faire passer à la Salpétrière, lorsqu'elle fut prise de tous les symptômes d'une attaque d'apoplexie, et mourut au bout de quelques heures, le 26 septembre 1838.

Autopsie du cadavre. — Tête. La dure-mère présente à sa surface interne, un peu en arrière du point correspondant à la fontanelle postérieure, une petite masse irrégulière de tissu blanchâtre, granuleux, assez dure, et du volume d'une noisette. Cette tumeur a l'aspect et la consistance du tissu squirrheux ; elle adhère intimement à la dure-mère.

Les circonvolutions de l'hémisphère gauche du cerveau et les anfractuosités qui les séparent sont peu apparentes. En incisant la partie postérieure de cet hémisphère, à trois lignes de profondeur, on découvre une cavité accidentelle de deux pouces de diamètre d'avant en arrière et de quinze lignes de diamètre transverse, cavité remplie d'un liquide jaunâtre, épais, dans lequel nagent des flocons et des détritus de matière encéphaloïde, de petits grains blancs ou jaunâtres d'une consistance cancéreuse. Les parois de cette cavité, tapissées par une couche de cette même matière, ne ressemblent pas aux parois jaunâtres des cavités consécutives aux hémorrhagies cérébrales. Dans l'épaisseur du lobe postérieur de l'hé-

misphère droit, il y a une cavité semblable, mais un peu plus petite.

Poitrine. Les deux poumons sont farcis, surtout à leur partie postérieure et au niveau des grosses bronches d'une innombrable quantité de petites masses d'une matière blanche jaunâtre, traversée de stries noirâtres. Le volume de ces petites masses varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un œuf de pigeon. A la coupe, on voit qu'elles sont formées de grumeaux de matière tuberculeuse à l'état de crudité et de matière encéphaloïde; dans les intervalles de ces masses, le tissu pulmonaire contient quelques granulations grises. Outre ces diverses lésions, on rencontre dans le poumon droit plusieurs foyers circonscrits, pleins d'un pus crémeux. L'un de ces abcès, du volume d'un œuf, est situé à la partie postérieure du lobe supérieur du poumon droit; la base de ce poumon offre une hépatisation grise.

Abdomen. Le parenchyme du foie ne contient que trois ou quatre petites masses de tissu encéphaloïde; une tumeur de même nature fait saillie à l'extrémité supérieure de la rate, au-dessous de sa membrane propre. Le tube digestif et le pancréas sont sains.

Le rein droit, d'un volume normal, a une densité considérable; la substance corticale est infiltrée dans toute son étendue, et jusque dans les intervalles des tubes, d'une matière jaune d'une dureté squirrheuse. La substance tubuleuse ne présente d'autre altération qu'une diminution notable de volume et une augmentation de densité.

Le rein gauche, du volume du précédent, et d'une moindre consistance, offre la même altération que le droit dans l'étendue d'un pouce carré seulement, où la substance corticale et deux cônes sont envahis par de la matière tuberculeuse et de la matière cancéreuse. Ces matières infiltrées forment plusieurs petites saillies d'un blanc rose au-dessous de la capsule propre du rein.

Les bassinets, les uretères et la vessie sont sains. L'urine ne contenait point de sang.

La matrice et les ovaires sont sains.

§ 922. L'observation suivante est remarquable en ce qu'elle offre un exemple peut-être unique de cancer de la membrane muqueuse de la vessie, des uretères et du bassinet sans lésion cancéreuse des reins.

OBS. VI. — Cancer de la vessie, des uretères, des bassinets, du foie; vice de situation très remarquable du colon.

Schouard (Marie) âgée de 58 ans, mourut dans le service de Lerminier, après avoir été attaquée de douleurs abdominales et de plusieurs hématuries. L'autopsie du cadavre fut faite trente heures après la mort.

Tête et rachis. Sinus longitudinal supérieur contenant des concrétions fibrineuses jaunâtres.

Le tissu cellulaire sous-arachnoïdien était infiltré de sérosité. Teinte jaune de la face interne de la dure-mère; adhérence de l'arachnoïde cérébrale des hémisphères avec celle qui couvre la face interne de la dure-mère; veines cérébrales supérieures contenant des caillots fibrineux jaunâtres; ventricules latéraux pleins de sérosité; bonne consistance des substances cérébrales. A la face interne de l'arachnoïde crânienne, petites granulations blanches, de la grosseur d'une tête d'épingle. Moelle épinière ferme et saine.

Poitrine. Poumons engoués et infiltrés de sang. Teinte violacée de la trachée et des bronches.

Abdomen. Deux pintes et demie de sérosité jaunâtre et trouble dans la cavité du péritoine. Foie très volumineux, s'étendant transversalement d'un hypochondre à l'autre, et de haut en bas, à droite jusqu'à la fosse iliaque, sur la ligne médiane jusqu'au nombril, et à gauche jusqu'au bord latéral des fausses côtes. Le colon était logé dans une dépression de la face supérieure du grand lobe du foie. Le foie pesait huit livres et demie.

Des noyaux cancéreux, variant depuis le volume d'une noisette jusqu'à celui d'un gros œuf de perdrix, tellement nombreux qu'il était impossible de les compter, étaient déposés dans le foie. Plusieurs présentaient à leur centre une disposition vasculaire très marquée ou semblaient pénétrés de sang, tandis que leur circonférence avait une blancheur laiteuse. Sous la mem-

brane propre du foie et au pourtour de plusieurs noyaux cancéreux, il y avait une injection vasculaire très marquée. La rate, l'estomac et l'intestin étaient sains; il y avait dans le mésentère quelques ganglions lymphatiques cancéreux, d'un volume considérable.

La substance des reins était saine; mais à la face interne de la membrane du bassinet on voyait de petites tumeurs pédiculées évidemment formées d'un tissu fibreux, infiltré de matière encéphaloïde. Semblable altération existait dans les uretères. Une masse cancéreuse, formée par l'agglomération de petites tumeurs analogues aux précédentes, arrondies, incrustées de concrétions calculeuses, occupait le bas-fond de la vessie.

§ 923. *Deuxième série.* J'ai rapproché les uns des autres, dans cette seconde série, des cas de cancer des reins, avec *tumeur rénale*, sans manifestation d'hématurie; cas dans lesquels le diagnostic était rendu plus difficile encore par d'autres affections, soit du cerveau, soit du foie ou des poumons, ou du péritoine, etc.

Obs. VII. — Paralysie de la sensibilité et de la motilité dans le bras et la jambe du côté droit; déviation de la langue, à droite; écoulement involontaire des urines et des matières fécales; tumeur du foie; tumeur formée par le rein droit; douleurs abdominales. — Ramollissement non inflammatoire de l'hémisphère gauche du cerveau; cancer du foie; des reins, d'une capsule surrénale, du tissu cellulaire et des ganglions du mésentère.

Auturbon, Louise, infirmière, âgée de 50 ans, d'un tempérament sec et nerveux, ayant eu une maladie grave du bas-ventre il y a deux ans, habituellement triste et mélancolique, sans que des dérangemens de santé l'eussent forcée d'interrompre souvent ses occupations, était assez mal réglée depuis deux ans (âge critique). Cette femme a eu la grippe, et depuis ce temps elle a toujours conservé du malaise. Une recrudescence de ses douleurs abdominales, survenue il y a onze jours, a paru nécessiter une saignée.

Le 29 mars 1837, malaise, frisson, anxiété générale. Dans la journée, A... a de la peine à parler et à remuer le bras et la

jambe (nouvelle saignée); le 30 et le 31, aggravation du mal.

Le 1er avril, déviation de la commissure gauche, écoulement de la salive; langue fortement déviée à droite; paralysie incomplète du bras et de la jambe droite; douleur vive dans toute la partie antérieure de la tête; diminution de la sensibilité dans le bras et la jambe paralysée; la vue, le goût, l'ouïe, l'odorat ne paraissent pas atteints; les pupilles sont égales, mais un peu dilatées.

Depuis long-temps il existe dans l'épigastre et l'hypochondre droit des douleurs vives. A droite on sent, au niveau de l'ombilic, une tumeur arrondie, marronnée, dure, qui paraît continue au foie et qui l'accompagne dans les mouvemens d'inspiration. Cette partie est un peu douloureuse à la pression; il n'y a jamais eu d'ictère; le ventre est libre, sans constipation ni diarrhée; le pouls donne 76 pulsations par minute; la respiration est libre; les urines paraissent naturelles et rougissent le papier de tournesol (8 *onces de sang par des ventouses appliquées aux apophyses mastoïdes; 6 grains de poudre d'arnica; eau de Sedlitz)*.

Le 2 avril, persistance des symptômes sans augmentation ni diminution notables.

Le 3, paralysie complète de la motilité et de la sensibilité du côté gauche, sans contracture; la malade ne peut parler ni même ouvrir la bouche; 60 pulsations par minute (*vésicatoires aux jambes; eau de Sedlitz*).

Le 4, écoulement involontaire des urines qui ne contiennent point de sang (*deux bouteilles d'eau de Sedlitz*).

Le 5, persistance de la constipation (*huile de croton tiglium, une goutte*).

Le 6, plusieurs selles et urines involontaires; mort le 7 au matin. La respiration n'avait commencé à s'embarrasser que dans la soirée.

Autopsie du cadavre le 8 avril, vingt-quatre heures après la mort. — *Etat extérieur.* Embonpoint médiocre, cicatrices à la partie antérieure et moyenne des deux jambes.

Tête. La dure-mère n'est pas injectée; le feuillet viscéral de l'arachnoïde est soulevé par une assez grande quantité de sé-

rosité à la partie supérieure du lobe postérieur de chaque hémisphère; cette membrane elle-même offre un aspect laiteux et quelques granulations sur la partie latérale des lobes moyen et postérieur de l'hémisphère gauche; la substance du cerveau est notablement ramollie et jaunâtre. Le ramollissement est tel, qu'un léger filet d'eau détache avec la plus grande facilité la substance cérébrale, qui est presque diffluente. Ce ramollissement pénètre à la profondeur d'environ un pouce. Dans les autres points, la consistance du cerveau est assez ferme; le cervelet, la moelle allongée, la protubérance annulaire n'ont présenté aucune altération.

Poitrine. Splénisation du lobe inférieur du poumon droit; bronches saines ; poumon gauche un peu engoué; cœur sain.

Abdomen. Tumeur squirrheuse de la grosseur d'une noix à la surface convexe du foie près de son bord antérieur. Une semblable tumeur près de la vésicule.

Quelques petits noyaux cancéreux à la surface de la rate. Une masse squirrheuse de la grosseur de celle du foie, fait saillie à la face postérieure et près de l'extrémité supérieure du rein gauche. Plusieurs autres masses, plus petites, existent aussi sur la face antérieure des reins. La substance corticale est granulée; la portion de substance corticale qui sépare les cônes tubuleux, a la même apparence; la partie supérieure des cônes est peu distincte de la subtance corticale.

Augmentation considérable du volume du rein droit, dont la surface est bosselée. Ces bosselures sont formées par des tumeurs dures, blanches, squirrheuses qui envahissent les deux substances, mais surtout la substance corticale. La surface interne du bassinet est pâle; elle offre, près de la partie inférieure, un grand nombre de granulations squirrheuses, de la grosseur d'une tête d'épingle, isolées ou confluentes, et qui sont placées près de l'origine de l'uretère.

La capsule surrénale correspondante est tuméfiée, cancéreuse. Les uretères et les vaisseaux rénaux sont sains; la vessie est petite.

Le tissu cellulaire du mésentère, celui de la face antérieure de la colonne vertébrale, les ganglions lymphatiques de la

même région sont convertis en une masse cancéreuse, homogène. L'estomac et l'intestin, sains.

Obs. VIII. — Cancer des reins, du poumon, du cœur, du foie et des ganglions mésentériques abdominaux; tumeur formée par le rein droit; inflammation chronique du péritoine et de ses dépendances.

J'ai fait avec M. le docteur Danyau fils, l'ouverture du cadavre d'un homme mort après avoir présenté des symptômes de péritonite, et chez lequel nous trouvâmes le rein droit converti en une énorme tumeur cancéreuse, qui n'avait point été soupçonnée pendant la vie.

Le *cerveau* ne présentait rien de remarquable.

Thorax. Dans les cavités du cœur, il y avait une quantité considérable de fibrine décolorée qui s'étendait dans l'aorte sous la forme d'un cordon long de plus d'un pied; la fibrine avait sa fermeté et son élasticité naturelles et ne contenait aucune matière hétérogène. Dans la cloison inter-ventriculaire et dans la partie qui se continue avec la face antérieure du cœur, il y avait une petite masse grisâtre et dure, comme lardacée, de la grosseur d'une noisette. L'aorte et la veine-cave étaient saines. Le poumon droit présentait extérieurement des plaques blanches, arrondies, recouvertes par la plèvre et qui correspondaient à des masses de matière cancéreuse. Le tissu pulmonaire qui entourait ces masses, était parfaitement sain. Le poumon gauche n'en contenait pas.

Abdomen. A l'ouverture du bas-ventre il s'écoula un liquide trouble, et l'intestin, réuni en une seule masse par de fausses membranes, anciennes, grisâtres, épaisses et fermes, ne pouvait pas être déplissé. Le grand épiploon, très épais, ramassé en forme d'une bride transversale de trois doigts à-peu-près de largeur, placée immédiatement au-dessous la grande courbure de l'estomac, de couleur grisâtre avec quelques marbrures sanguines, présentait à la section une matière d'aspect et de consistance lardacée, au milieu de laquelle on voyait, par places, une autre matière d'un jaune mat qui était évidemment de la graisse. Le péritoine des parois du

ventre présentait un très grand nombre de petites tumeurs arrondies, très dures, formées de la même matière que celles de l'épiploon. Dans le gros intestin, il n'y avait de rougeurs que dans le cœcum. La masse intestinale coupée en travers, présentait un aspect extraordinaire (même dans les péritonites) : les parois intestinales étaient, comme des tuyaux soudés ensemble. On voyait quelques rougeurs dans le grand cul-de-sac de l'estomac. Les ganglions lymphatiques étaient volumineux et cancéreux.

Dans le côté droit du ventre, il y avait une énorme tumeur, bosselée, qui, inférieurement, s'étendait jusqu'à la crête de l'os des îles, et en haut jusqu'à la face inférieure du grand lobe du foie, auquel elle était adhérente. Quoiqu'elle présentât un grand nombre de bosselures irrégulières, sa forme générale était celle d'un rein. La partie supérieure de cette tumeur, plus volumineuse que la partie inférieure, se cachait sous le foie, et la partie moyenne était comparativement comprimée. Toutes les bosselures de la face postérieure aussi bien que celles de la face antérieure étaient revêtues d'une membrane très vasculaire, d'un quart de ligne d'épaisseur, et qui formait ainsi une sorte de capsule pour la tumeur. La surface du rein était lisse, marbrée de brun, de jaune et de rouge. Les rougeurs étaient formées de petits vaisseaux sanguins extrêmement fins. Les parties jaunes ou blanchâtres étaient proéminentes. On remarquait aussi une nuance verdâtre vers la partie inférieure de la tumeur. A la coupe, la substance du rein, de couleur livide, très molle et comme fongueuse, offrait, d'espace en espace, de petits épanchemens sanguins. Dans quelques endroits il y avait une autre matière d'un blanc jaune tout-à-fait mat. Dans quelques points, ces deux matières étaient entremêlées, et tranchaient fortement l'une sur l'autre. On n'a pu suivre les divisions du bassinet dans cette tumeur; elles se perdaient au centre de la masse, où se trouvait une matière comme fibrineuse à mailles infiltrées de sérosité jaunâtre.

A la partie interne, moyenne et antérieure de la tumeur, la substance du rein était encore reconnaissable. Le bassinet,

avant de s'enfoncer tout-à-fait dans le rein, présentait un ou deux mamelons boursouflés et fongueux.

Le rein gauche, de volume naturel, offrait à l'extérieur quelques petites tumeurs encéphaloïdes, molles ou dures.

La vessie était saine. Le foie, à l'endroit attenant à la tumeur, présentait quelques petites masses cancéreuses qui pénétraient fortement dans son intérieur et le long du trajet du conduit cystique. Près de là, il y avait un chapelet de ganglions lymphatiques volumineux et endurcis. La rate était saine.

Obs. IX. — Cancer du rein droit, qui s'est fait jour dans la cavité du duodénum; cancer du foie, du poumon, etc. (Observation communiquée par M. Giraldès).

Vervine, âgé de 76 ans, entra à l'infirmerie de Bicêtre, le 7 août 1831. Depuis deux mois il vomissait des matières verdâtres, et il avait retardé le plus possible son entrée à l'infirmerie. Les vomissemens étaient continuels; il y avait du hoquet; le ventre était ballonné. Les vomissemens très abondans et continuels fournissaient un liquide verdâtre porracé; le pouls était petit, fréquent, la peau sèche; traits de la face tirés (*eau de Seltz et deux lavemens purgatifs*). Le 9, les vomissemens sont plus fréquens, le hoquet continuel; les matières vomies sont verdâtres (*potion anti-émétique de Rivière*) : mort le 11 à six heures du matin.

Autopsie du cadavre.—Poitrine. Les poumons engoués postérieurement adhèrent au sommet de la poitrine. Au sommet du poumon gauche, de petites masses de matière encéphaloïde, les unes ramollies, les autres à l'état cru, présentent à la coupe une surface blanche, compacte comme la section d'un navet; à la base du poumon, il existe aussi de semblables noyaux cancéreux; le cœur a un petit volume.

Abdomen. L'estomac, énormément distendu, occupe tout l'hypochondre gauche et la région ombilicale. Il contenait une grande quantité de liquide verdâtre semblable à celui que le malade avait rendu pendant la vie.

Le foie, peu volumineux, présentait une grande quantité de dépôts de matière encéphaloïde à différens états. A droite de

la colonne vertébrale existait une tumeur assez volumineuse, entourée par le colon transverse, le colon descendant et le cœcum. Cette tumeur, formée par le rein, s'étendait en bas jusqu'à la symphyse sacro-iliaque, en dedans jusqu'au milieu de la colonne vertébrale, de manière à repousser la portion verticale du duodénum et à rapprocher les parois de cet intestin. Dans l'intérieur du duodénum existait une tumeur, et c'était une portion du rein malade qui avait ulcéré et perforé l'intestin. Dans la portion inférieure du rein complètement désorganisée, la substance corticale avait disparu. A l'aide de différentes coupes faites dans l'épaisseur de la tumeur, on y distingua de petits épanchemens de sang, des caillots dans des débris de la substance corticale, un tissu jaunâtre tout-à-fait aréolaire, et dont les cellules étaient remplies de sang. La portion de la tumeur qui proéminait dans la cavité du duodénum était jaunâtre et ramollie ; l'uretère était sain.

Le rein du côté opposé était un peu gorgé de sang.

Obs. X. — Cancer du rein droit ; traces d'une double néphrite chronique; cyrrhose du foie; hydropisie.

Demarillac (Florentin), âgé de 65 ans, homme de peine, est entré à l'hôpital de la Charité le 16 octobre 1837, pour y être traité d'une cyrrhose du foie, et y est mort le 9 janvier 1838, à onze heures et demie du soir, présentant tous les phénomènes de l'asphyxie par accumulation d'écume bronchique dans les voies respiratoires.

Autopsie du cadavre, trente-six heures après la mort. Etat extérieur.—La face et le cou sont considérablement amaigris ; la poitrine est affaissée, tandis que l'abdomen, distendu par du gaz et une grande quantité de liquide, est très proéminent. Les extrémités thoraciques et abdominales sont infiltrées de sérosité.

Abdomen. A l'ouverture de cette cavité, il s'est écoulé huit ou dix litres de sérosité limpide, de couleur citrine. Le péritoine est pâle dans toute l'étendue de sa portion pariétale. Sa portion viscérale offre, sur l'intestin grêle, une coloration grisâtre et quelques fausses membranes. Au point de réunion du colon

lombaire droit, et du colon transverse, il y a des adhérences très solides qui unissent cet intestin, d'une part, à la paroi abdominale correspondante, de l'autre avec le foie, le duodénum et les canaux biliaires. Ces adhérences circonscrivent une véritable poche, située dans l'hypochondre droit, et qui est remplie de sérosité. Les intestins forment une masse volumineuse, due surtout au développement considérable du colon transverse, du colon lombaire droit et du cœcum. Ces portions de l'intestin distendues par les gaz paraissent aussi grosses que les avant-bras du cadavre. Le rectum, au contraire, est resserré au point de permettre à peine l'introduction du doigt indicateur. Toute la masse intestinale a une couleur grisnoirâtre, et offre des marbrures résultant de plaques rouges. L'estomac est refoulé par le colon dans l'hypochondre gauche. La membrane muqueuse de l'estomac est saine ; celle de l'intestin, ramollie dans toute son étendue, de manière à être facilement entamée et enlevée avec l'ongle, est recouverte, dans le duodénum, le jéjunum et l'iléon, d'une couche de matière jaune-verdâtre, et, dans le colon, d'une couche épaisse de mucosités blanches-grisâtres très adhérentes. Les tractions exercées sur l'intestin pour le séparer du mésentère en ont deux fois déterminé la rupture complète.

Il n'existe dans le mésentère aucun ganglion engorgé.

Le foie, plus petit d'un tiers que dans l'état sain, offre une densité beaucoup plus considérable. En effet, il crie sous l'instrument tranchant. Son poids est de 1250 grammes. La capsule de Glisson, épaissie, d'une teinte opaline, se sépare difficilement de l'organe. Celui-ci est jaune-brunâtre, grenu et bosselé à sa surface, et très inégal à sa circonférence. La vésicule et les canaux biliaires ne présentent aucune altération.

La rate est volumineuse et ferme; son enveloppe fibreuse est épaissie et d'un blanc de lait

Le rein droit, recouvert de son enveloppe cellulo-graisseuse, paraît lobé et plus volumineux que de coutume. La membrane fibreuse en est moins transparente que dans l'état normal. La membrane celluleuse, sous-jacente, épaissie et blanchâtre, reste adhérente à la substance corticale, qui est rouge

et brunâtre. A la partie moyenne du bord convexe du rein, existe une tumeur de la forme et du volume d'un œuf de poule, et qui est enchâssée dans le tissu de cet organe. La surface de la substance corticale offre des bosselures et un aspect *chagriné*, analogue à celui du foie. Les *tubuli*, le bassinet et l'uretère ne présentent aucune altération. Cette tumeur, formée de tissu encéphaloïde, est ramollie à son centre; à l'extérieur, elle est recouverte par la membrane celluleuse et par un réseau vasculaire très prononcé. Dans le point correspondant à cette tumeur, les fibres de la substance tubuleuse sont écartées.

La substance corticale du rein gauche a l'aspect chagriné du rein droit, sans altération cancéreuse. La vessie et le canal de l'urèthre sont sains. La tunique vaginale du testicule droit est adhérente ; le parenchyme du testicule est converti en un tissu fibreux mollasse, dont il est impossible de tirer un seul filament séminifère (1). Le testicule gauche est sain.

Poitrine. Aucun engorgement des ganglions bronchiques. Les portions pulmonaires des plèvres étaient adhérentes aux portions costales. Les bronches étaient rouges et fortement injectées depuis leur bifurcation jusqu'à leurs dernières ramifications, qui étaient remplies de mucosités. Le poumon droit était splénisé dans son tiers inférieur, infiltré de sang et de sérosité dans son tiers moyen, et de sérosité seulement dans son tiers supérieur. Le poumon gauche était engoué d'écume bronchique dans les deux tiers supérieurs et splénisé dans son bord inférieur et postérieur.

Il n'y avait point d'épanchement de sérosité dans le péricarde. Sur la portion de cette membrane qui recouvre la face antérieure du cœur, on voyait une plaque cartilagineuse, et une altération analogue dans tout le trajet de l'artère coronaire antérieure.

Tête. Infiltration considérable de sérosité dans le tissu cel-

(1) J'ai vu une semblable transformation des deux testicules chez un homme d'environ 50 ans, qui avait peu de barbe, la voix faible et cassée, chez lequel enfin les caractères physiques de la virilité étaient très peu développés.

lulaire sous-arachnoïdien de la convexité du cerveau ; les ventricules ne contiennent qu'une très petite quantité de sérosité.

Le cerveau était sain.

§ 924. *Troisième série.* Pour les cas qui composent cette dernière série, le diagnostic de l'affection rénale, quelles qu'en soient les complications, est presque toujours possible. L'existence d'une tumeur solide dans la région d'un des reins ou des deux reins, coïncidant avec une hématurie habituelle, et le plus souvent avec d'autres signes de la diathèse cancéreuse, ne laisse aucune incertitude sur la nature du mal et malheureusement sur son incurabilité.

Obs. XI. — Cancer des reins ; caillot encéphaloïde dans la veine-cave et dans les veines rénales ; cancer du poumon et du cœur, des ganglions mésentériques du ventre, etc.

Un homme âgé, placé dans le service de Lerminier, mourut en 1831, après avoir eu plusieurs hématuries. A l'autopsie du cadavre, qui fut pratiquée 24 heures après la mort, nous trouvâmes, dans les poumons, des masses encéphaloïdes de différentes grandeurs, d'une teinte bleuâtre et vasculaire à leur circonférence. Le tissu pulmonaire environnant était sain. Dans le tissu du cœur, il y avait une petite masse blanchâtre, du volume d'un petit pois, et analogue aux corps cartilagineux que l'on trouve quelquefois dans la substance tubuleuse des reins.

Le rein droit, très volumineux et bosselé, présentait à sa partie interne un amas de ganglions cancéreux qui enveloppaient la veine-cave et l'aorte. Un caillot fibrineux bouchait parfaitement le calibre de cette veine dans toute sa longueur, et s'étendait jusque dans les veines fémorales. En haut et en bas, ce caillot était d'une couleur rouge foncé et plus consistant que du sang récemment coagulé ; puis il prenait une teinte jaune, devenait ferme et élastique vers l'origine de la veine rénale ; dans l'étendue de deux pouces environ, la coloration jaune était remplacée par une teinte laiteuse, nuancée de rouge. Cette substance fibrineuse se prolongeait dans la veine rénale gauche, qui était distendue ; de là, elle s'étendait

dans la veine spermatique, qui, en haut, avait un volume considérable. L'artère rénale ne contenait pas de caillots. La masse ganglionaire, cancéreuse, adhérait à la partie latérale gauche des dernières vertèbres. La première vertèbre lombaire était cariée dans une étendue considérable, et contenait une petite quantité de matière encéphaloïde.

Le rein gauche, long de sept pouces et demi, large de quatre pouces et demi, présentait un grand nombre de bosselures cancéreuses. A la coupe, ce rein était presque entièrement désorganisé; cependant, on distinguait encore dans quelques endroits les stries de la substance tubuleuse; les bouts des mamelons étaient mous, blancs et fongueux. Plusieurs calices étaient remplis par une matière fibrineuse, friable, d'un rouge foncé, adhérente aux parois de ces conduits. De la surface de la coupe, suintait une matière blanche, comme crémeuse. Dans le bassinet, il y avait une petite tumeur molle et fongueuse; l'autre rein et les deux uretères étaient sains. La vessie ne présentait rien de remarquable.

Obs. XII. Cancer hématode du rein droit, du foie et d'une côte; tumeur formée par le rein droit, hématurie; petites ulcération dans le gros intestin; hydropisie.

Pothier (Charles), âgé de 64 ans, ex-militaire, né à Aussone, département de l'Yonne, entra à l'hôpital de la Charité, le 3 mai 1831; il en sortit le 10, et il y rentra le 30; il en sortit le 20 juin, et il y rentra pour le troisième fois le 27 juillet; cette fois le malade revint dans un état très empiré.

Pothier s'est toujours bien porté dans sa jeunesse. Il déclare n'avoir jamais eu de maladies vénériennes qu'une blennorrhagie, qui tomba dans les bourses. Il a fait plusieurs campagnes sans avoir jamais reçu de blessures graves. Depuis long-temps retiré du service, il avait obtenu une place dans l'octroi, et vivait tranquillement, sans chagrin, sans inquiétude d'aucune espèce et sans trop de fatigue. En 1818, le testicule droit s'engorgea et augmenta peu-à-peu de volume, sans occasioner beaucoup de douleur. Cependant la maladie s'accrut, et le malade entra à

l'hôpital Cochin, où l'existence d'un sarcocèle fut reconnue. La castration fut pratiquée ; aucun accident ne compliqua l'opération; le malade guérit facilement et reprit ses occupations. Depuis ce temps, jusqu'en 1831, cet homme n'éprouva aucune altération dans sa santé. Ses forces diminuèrent seulement en raison des progrès de l'âge. Toutes ses fonctions s'exerçaient régulièrement. Tel était son état, lorsque, le 10 avril 1831, voulant monter dans une charrette qui n'avait pas de marche-pied, il sentit, dit-il, en faisant effort, un craquement vers la partie supérieure de la région lombaire gauche. Il survint de la douleur qui persista; elle fut suivie d'hématurie et contraignit le malade à garder la chambre, et peu de temps après il entra à l'hôpital de la Charité. Il pissait du sang depuis six jours, et ne pouvait se courber ni en avant ni en arrière.

Nous pûmes constater qu'il n'existait pas de fracture des côtes; qu'il n'existait non plus d'ecchymose dans le point de la douleur. Le malade était sans fièvre. La pression, exercée dans la région lombaire gauche, surtout sur le trajet des deux dernières fausses côtes, était douloureuse. La persistance d'une hématurie après une simple contraction musculaire un peu forte; l'extirpation d'un testicule cancéreux, à une époque, il est vrai, déjà un peu ancienne, conduisirent nécessairement à soupçonner la dégénérescence cancéreuse du rein gauche. Le foie dépassait un peu le bord des fausses côtes ; une légère teinte jaune était répandue sur la face. L'appétit était bon, les digestions assez faciles ; la constipation presque habituelle : absence de mouvement fébrile ; sommeil ; pouls assez plein sans être dur ; urine chargée de sang. Le 4 mai (*saignée de deux palettes; lavement simple ; bouillon ; lait*), la saignée était légèrement couenneuse ; le malade se trouvait mieux.

Le 5 mai (25 *sangsues ; loc. dol.*), la douleur a diminué, mais le malade se sent faible; l'urine est sanguinolente.

Le 6, l'urine est toujours chargée de sang, mais un peu moins que les premiers jours.

Le 7, le malade est mis à l'usage de la décoction et de l'extrait de ratanhia.

Le 8, les urines sont moins chargées de sang, mais la douleur à la face postérieure des onzième et douzième côtes gauches persiste. La pression exercée tant sur les côtes que dans l'espace intercostal, exaspère la douleur. Le malade est constipé et assoupi.

Le 12, emplâtre d'opium sur les piqûres encore récentes des sangsues. Sommeil plus calme et plus long.

Le 13, les douleurs persistent, et les urines contiennent toujours du sang. L'appétit se soutient; le malade mange la demi-portion. La quantité d'urine rendue dans les vingt-quatre heures est peu considérable; elle équivaut, terme moyen, à un grand verre à bière.

Le 14, la constipation est toujours opiniâtre; un lavement purgatif occasionne une évacuation alvine abondante.

Le 16 4 *grains de ciguë*; le soir, changement notable dans les urines, qui sont claires et transparentes. La douleur a été vive cette nuit (*ciguë 4 grains; 1/4 de lavement; tisane de chiendent, réglisse*).

Le 19, les urines sont chargées de sang. On continue les mêmes remèdes. Enfin, l'aspect des urines change encore; elles deviennent de moins en moins chargées. La douleur persiste, la constipation est habituelle et réclame fréquemment l'emploi des lavemens. Le malade maigrit, et il quitte l'hôpital, le 20 mai, pour retourner chez lui.

Le 30 mai, Pothier se présenta de nouveau à l'hôpital. Dans ce court espace de temps, une tumeur s'était développée dans la région où le malade rapportait habituellement le siège des douleurs. Cette tumeur, irrégulièrement circonscrite, sans changement de couleur à la peau, douloureuse à la pression, était le siège d'élancemens passagers et paraissait adhérente aux côtes, surtout à la onzième. Les urines n'étaient plus chargées de sang. Le malade avait maigri. Le sommeil était souvent interrompu; la station et la marche devenaient, de jour en jour, plus pénibles. A peine avait-on essayé quelques moyens pour calmer les douleurs de cet homme qu'il quitta de nouveau l'hôpital. Le volume du foie avait un peu augmenté. Pour nous, il n'exista plus de doutes sur l'existence d'une dia-

thèse cancéreuse, attaquant le rein gauche et le foie. Le malade sortit le 9 juin. Un chirurgien appliqua sur la tumeur de la pierre à cautère, et à la chute de l'eschare succéda un champignon cancéreux. Le malade s'affaiblit et maigrit de plus en plus; il regretta d'avoir quitté l'hôpital de la Charité, et il y rentra pour la troisième fois le 27 juillet 1831.

Le 28, affaissement général, teinte jaune de la face plus marquée. Urines plus rares et plus chargées de sang, quelquefois laissant déposer un sédiment, formé de caillots de sang altérés, se putréfiant avec promptitude. Dégoût pour presque tous les alimens; constipation.

Du 28 juillet au 10 août, le malade put encore se lever, faire quelques pas ou rester assis. Il dormait peu et souffrait constamment de ce qu'il appelait sa *bosse*. On lui donna des pilules d'opium le soir, et, dans la journée, des pilules de gomme pour occuper son esprit. De temps à autre, on sollicitait les selles. On cherchait à nourrir le malade le mieux possible : ce pauvre homme ne trouvait bon que le vin. Enfin, les urines devinrent très rares et tellement épaisses qu'elles ressemblaient à du jus de pruneaux; examinées après l'émission, elles étaient acides; mais en peu de temps elles devenaient alcalines. Vers les derniers jours d'août, Pothier n'urinait plus qu'en allant à la selle; son ventre était tuméfié et contenait de la sérosité; ses pieds s'œdématiaient; la tumeur du foie augmentait; le pouls était très faible et fréquent. Il survint, dans les derniers jours, de la diarrhée, des envies de vomir et quelques vomissemens.

Le 31 août au soir, Pothier touchait évidemment à sa fin. Il conservait l'intégrité de son intelligence et sentait la mort s'approcher. Il expira après une agonie douloureuse, le 1er septembre, à quatre heures du matin.

Autopsie du cadavre vingt heures après la mort. — *Habitude extérieure*. Cadavre maigre; abdomen médiocrement distendu; membres inférieurs infiltrés.

Tête. Lame osseuse développée dans l'épaisseur de la face convexe du cerveau, entre les feuillets de l'arachnoïde et de la

dure-mère, et se détachant avec facilité de la membrane fibreuse. Cerveau sain.

Col et *poitrine*. — Larynx et trachée saine; adhérences anciennes au sommet des deux poumons; demi-litre au moins de sérosité épanchée dans chacune des plèvres. Poumons engorgés et œdémateux; une humeur aqueuse en ruisselle abondamment lorsqu'on les incise; pas de grains cancéreux ni de tubercules; glandes bronchiques noires.

Cœur mou et pâle, un peu dilaté à gauche; ossifications nombreuses dans tout le trajet de l'aorte; veine cave inférieure saine. Vers la onzième vertèbre, derrière la veine cave, une petite masse cancéreuse, soulève la paroi postérieure de ce vaisseau, sans qu'il participe à l'altération.

L'*abdomen* ouvert, on en tire deux ou trois litres de sérosité jaune-rougeâtre. Le péritoine de la région hypogastrique, sur les côtés de la vessie, offre deux plaques d'une teinte inégale et d'un gris jaunâtre; le foie adhère aux côtes; l'épiploon adhère aussi par quelques points à la paroi abdominale. Dans ces points le tissu cellulaire sous-péritonéal est injecté. L'intestin grêle est petit et contracté. Le grand lobe du foie occupe tout l'épigastre et une partie de l'hypocondre gauche. L'estomac, l'épiploon et le colon transverse sont unis par des adhérences.

La onzième côte gauche offre une altération remarquable: c'est une ostéo-sarcome, au centre duquel existe de la manière encéphaloïde et une grande quantité de vaisseaux sanguins. La substance de l'os se trouve, pour ainsi dire, disséminée au milieu de la masse cancéreuse.

L'estomac contient un peu de liquide jaunâtre. La membrane muqueuse a une bonne consistance, excepté sur la face inférieure de ce viscère, où elle est ramollie. Les ganglions du mésentère, voisins de la colonne vertébrale, sont tuméfiés et cancéreux, et quelques-uns sont ramollis; par leur agglomération, ils forment une couche épaisse au devant de l'aorte et de la veine cave. Ecchymoses et petites ulcérations dans le cœcum et le gros intestin.

Le foie offre à un haut degré l'altération connue sous le

nom de fongus hématode. De nombreux noyaux cancéreux ont, par leur réunion, tellement atrophié le parenchyme du foie, qu'ils le remplacent presque en entier. Les vaisseaux hépatiques sont très développés; bile verte dans la vésicule, sang liquide dans la veine-porte, la veine-cave et les veines crurales. La rate, d'un volume ordinaire, est molle; sa membrane offre des plaques blanches, dues à d'anciens dépôts de lymphe coagulable.

Le rein gauche est sain, à part trois petits kystes séreux. La capsule surrénale est saine.

Le rein droit a le même volume que le gauche; la membrane propre en est épaissie, et les veines superficielles sont très développées. A l'extrémité supérieure de ce rein, on voit une légère saillie d'une teinte ardoisée. Ouvert suivant sa longueur, le rein offre, vers son extrémité supérieure, une sorte de caverne, remplie de substance cancéreuse, ramollie et mêlée de sang coagulé. Dans deux autres points, la substance encéphaloïde offre différens degrés de ramollissement. Le bassinet est rempli d'un liquide épais, sanguinolent, tout-à-fait analogue à celui qu'on trouve dans le rein. A deux pouces de distance du rein, l'uretère est obstrué par des débris de fibrine ou de matière cérébriforme.

Les veines et les artères rénales ne contenaient pas de dépôt fibrineux. La capsule surrénale droite était infiltrée de matière cérébriforme.

L'uretère droit était épaissi et dilaté, surtout près de la vessie. L'orifice vésical de ce conduit offrait un épaississement remarquable.

Intérieurement la vessie présente trois élevures blanches, grosses comme un petit grain de chenevis, dures, placées près de l'insertion de l'uretère. L'urèthre est sain; quelques petits calculs noirs dans la prostate.

Les vésicules séminales ont un égal volume, bien qu'un des testicules ait été extirpé. Liqueur d'un jaune gris, aqueuse, dans les loges des vésicules séminales. La substance du testicule gauche est pâle, mais saine.

De l'urine de ce malade ayant été soumise à l'action de la cha-

leur, le volume en a augmenté considérablement long-temps avant d'entrer en ébullition. Elle a laissé dégager une odeur ammoniacale très intense, en jetant à sa surface une écume blanchâtre, coagulée, reconnaissable à tous ces caractères pour de l'albumine; l'évaporation poussée plus loin, et la liqueur étant refroidie, il s'en est séparé une grande quantité de cristaux qui, recueillis, ont été reconnus pour être des phosphates de soude et d'ammoniaque, des muriates de soude et d'ammoniaque, des sulfates de potasse et de soude. Concentrée davantage et par un nouveau refroidissement, la liqueur a donné lieu à une nouvelle cristallisation; ces cristaux étaient de même nature que les précédens.

L'urée, que l'on a obtenue par les procédés ordinaires, s'y trouvait en beaucoup plus grande proportion que dans l'urine d'un homme bien portant.

D'après les résultats obtenus, cette urine était formée d'eau, de sulfates de potasse et de soude, de phosphates de soude, de chaux et d'ammoniaque, de muriate de soude, d'acide urique, d'urée, de matière animale, de mucus et d'albumine. Sa composition, du reste, assez identique, quant aux matières qu'elle présentait, à celle d'un homme en parfaite santé, en différait essentiellement par la quantité plus considérable qu'elle a fournie d'urée, d'acide urique et surtout de mucus animal, et par la présence des autres élémens organiques du sang.

§ 925. Le cancer des reins est extrêmement rare chez les enfans; M. Gorham (1) a rapporté le cas très intéressant d'un garçon de sept mois, chez lequel une tumeur volumineuse, développée rapidement, remplissait la plus grande partie de la cavité du ventre. Après la mort on reconnut que la tumeur, grosse comme la tête d'une femme, et marbrée à l'extérieur de taches bleuâtres, pâles ou jaunâtres, offrait à sa surface une belle vascularité. A la partie supérieure de la tumeur formée par le rein droit existait une masse semblable à un placenta de six mois; le tissu rénal, presque complètement mécon-

(1) John Gorham. *Case of fungoide disease of the kidney* (London Med. Gazette, vol. XXI, p. 764.)

naissable, offrait une dégénérescence fongoïde complète.

Il faut rapprocher de ce fait l'observation suivante, recueillie par T. F. Rance.

Obs. XIII. — Fongus hématode des reins chez un enfant (*Bibl. médic.*, t. XLVII, p. 124).

Une petite fille d'un an et cinq mois portait dans l'hypochondre gauche une tumeur à peine visible à l'œil, mais qui, au toucher, paraissait être de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tumeur fit des progrès rapides; il s'y joignit de la fièvre, de la constipation; six mois après, on en découvrit une autre dans l'hypochondre droit, située si près de foie qu'elle semblait être continue au bord de ce viscère. Il survint une hématurie abondante, qui dura pendant quelque temps, et reparut au bout de deux ou trois mois. Les tumeurs continuèrent à faire des progrès et devinrent excessivement douloureuses; le pouls s'affaiblissait à mesure que son accélération augmentait, les extrémités supérieures et inférieures s'infiltrèrent, et, au bout de treize mois, la mort vint terminer la maladie. Les remèdes auxquels on eut recours furent très variés; on employa le calomel, des frictions mercurielles sur les tumeurs, les drastiques, comme la scammonée, le jalap, la ciguë, l'opium, etc.

Ouverture du cadavre. L'abdomen était rempli, en partie, par une tumeur considérable, qui s'étendait du diaphragme, qu'elle refoulait en haut, dans la cavité du bassin. Il s'élevait dans le côté gauche une tumeur, qui était recouverte par la première dans une grande étendue. Le foie, ainsi que son bord inférieur, paraissait soulevé très sensiblement, la vésicule s'offrait à la vue, elle était pleine de bile. La tumeur du côté droit adhérait fortement au cœcum; on l'incisa, il s'en échappa une substance d'apparence et de consistance de moelle, elle était si molle qu'il fut impossible d'en poursuivre la dissection. La tumeur gauche, qui était la plus volumineuse des deux, tenait à celle du côté droit, et en même temps au mésentère, au mésocolon et aux glandes rénales; elle pesait deux livres douze onces. Après l'avoir injectée, on la fendit longitudinalement, et on ne put pas y reconnaître la structure du rein,

mais on y distinguait trois états différens et bien marqués du fongus. La face postérieure, quoique plus large que dans l'état sain, conservait sa forme naturelle et sa couleur livide; la face antérieure ne ressemblait que fort peu à celle du rein. Les vaisseaux émulgens étaient dilatés. L'urèthre, très distendu. Les autres viscères de l'abdomen et du bassin étaient sains, mais ils avaient perdu leurs rapports ordinaires.

Mélanose des reins.

§ 926. Sous le nom commun de *mélanose*, on comprend généralement toutes les matières animales, morbides, d'une couleur noire ou noirâtre, qu'on trouve déposées en masses plus ou moins considérables, ou infiltrées dans nos organes ou dans les tissus qui les composent.

Je n'ai rencontré que très rarement la mélanose proprement dite dans les reins.

Je ne l'y ai observée que dans des cas de diathèse mélanique, et lorsque des tumeurs plus volumineuses de même nature existaient en nombre considérable, soit à la peau, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, soit dans les poumons ou dans d'autres organes, et, dans ce cas même, il n'existait que de légères traces mélaniques dans les reins.

Je ne sache pas qu'on ait jamais vu, chez l'homme ou chez le cheval, une altération mélanique affecter uniquement ou spécialement les reins, et constituer un véritable état morbide, comme certaines affections tuberculeuses et cancéreuses de ces organes.

Quoi qu'il en soit, dans le cas de diathèse mélanique, on observe quelquefois de petits dépôts de mélanose dans la substance corticale des reins. Pour la forme et la couleur, ces dépôts ressemblent assez bien à de petits grains de cassis ou de moutarde noire. Autour d'eux, la substance corticale le plus ordinairement n'est pas altérée. Le nombre de ces grains mélaniques est très variable; mais il est rarement considérable. Je n'ai jamais vu, dans les reins, de tumeurs mélaniques du

volume d'un marron ou d'un œuf de pigeon, tandis que j'ai rencontré de semblables tumeurs au-dessous de la peau, dans le foie et dans les poumons.

Les membranes extérieures des reins et leurs conduits excréteurs m'ont semblé complètement étrangers à cette espèce de dégénérescence. D'un autre côté, ces membranes et ces mêmes conduits, et les substances rénales elles-mêmes, offrent très fréquemment des teintes morbides, noirâtres, ou ardoisées bleuâtres, qui doivent être distinguées des vraies mélanoses, quoiqu'on les confonde ordinairement dans une même dénomination. Ces teintes morbides, noirâtres ou ardoisées, paraissent, dans le plus grand nombre des cas, sinon dans tous, consécutives à des infiltrations de sang.

J'ai fait représenter un exemple de ces colorations noires ardoisées de la substance corticale (Atlas, Pl. xli, fig. 2). Plus claire sur quelques points, plus foncée sur quelques autres, cette teinte noire ardoisée ne pouvait être enlevée par le lavage. A la loupe, elle paraissait légèrement piquetée, et à la coupe on voyait que cette coloration morbide se prolongeait d'autant plus dans l'épaisseur des substances rénales, qu'extérieurement elle était plus foncée.

La membrane fibreuse du rein, partout où elle était contiguë à l'altération, offrait la même coloration noire-ardoisée. Il n'y avait pas de trace de dégénération mélanique, ni même de coloration noire ou ardoisée dans les autres organes; ce qui prouvait que cette altération était bien distincte de la vraie mélanose.

J'ai fait représenter un autre cas qui tend à prouver que ces colorations noires ardoisées sont réellement le résultat d'une altération de la matière colorante du sang. Sur la coupe d'un rein, on voit une partie de la substance corticale occupée par une lésion organique dont le centre est formé par de la fibrine décolorée; les fibres du rein ont pris une teinte grise noirâtre autour de cette lésion résultant évidemment d'une hémorrhagie interstitielle très ancienne. La membrane muqueuse du bassinet du même rein offrait une teinte grise ardoisée tout-à-fait analogue, pour l'aspect et probablement par sa nature,

à certaines colorations grises ou noirâtres des membranes muqueuses de l'intestin grêle, du gros intestin ou de la vessie, qu'on observe à la suite de leur inflammation chronique. La surface du rein était légèrement mamelonnée (Atlas, Pl. xli, fig. 1).

§ 927. Il faut encore rapprocher de ces colorations grises noirâtres, d'autres cas de coloration de la substance corticale et de la membrane muqueuse du bassinet (Atlas, Pl. xli, fig. 5 et 6) que j'ai observés chez des individus dont les autres organes n'offraient pas la plus légère trace de dégénérescence mélanique.

De semblables colorations grises ardoisées ou d'un gris noirâtre ont été observées dans les membranes fibreuse et celluleuse du rein considérablement épaissies (Atlas, Pl. xli, fig. 1), et lorsque la substance rénale n'offrait point elle-même d'altération de couleur. Cette teinte grise ardoisée peut s'étendre au péritoine sus-rénal, dont l'altération rappelle parfaitement celle qu'il présente quelquefois à la suite de certaines péritonites chroniques de l'excavation du bassin chez les femmes atteintes de cancer de la vessie, du rectum ou de l'utérus.

Les colorations noires ardoisées sont bien distinctes de la vraie mélanose qu'on observe dans le tissu cellulaire souscutané et plus rarement dans d'autres organes. J'ai déjà dit qu'elles paraissaient avoir leur origine dans des infiltrations de sang survenues à la suite d'inflammations ou d'hémorrhagies interstitielles; je n'ai pas besoin d'ajouter qu'elles ne peuvent être confondues avec les ecchymoses récentes en voie de résorption.

Dans quelque cas, l'intensité et la matité de la couleur noire de ces colorations les rapprochent réellement des vraies taches mélaniques.

La surface des fongus cancéreux des membranes muqueuses (Atlas, Pl. xli, fig. 4) peut aussi présenter une teinte noire ou ardoisée, sans que ces tumeurs soient de véritables cancers mélanés, analogues à ceux que l'on rencontre quelquefois à la peau.

En résumé, ces colorations grises, noirâtres ou ardoisées, des substances corticale ou tubuleuse, ou des membranes des reins et de leurs conduits excréteurs, sont aussi fréquentes dans ces organes, que la vraie mélanose y est rare. Ce sont des lésions tout-à-fait locales, consécutives à des inflammations chroniques ou à des hémorrhagies interstitielles; colorations bien distinctes de la vraie mélanose qui est l'expression anatomique d'une diathèse.

Historique et observations.

§ 928. M. Fawdington (1) a publié un cas très intéressant de diathèse mélanique dans lequel l'œil, les poumons, le cœur, le foie, le pancréas, les intestins, le péritoine, les reins, la peau et le tissu cellulaire étaient le siège de tumeurs mélaniques. Les reins étaient pâles, et leurs deux substances étaient peu distinctes l'une de l'autre. On y voyait une foule de petites masses mélaniques, depuis le volume d'un grain de millet jusqu'à celui d'un grain de chenevis; plusieurs petites masses se trouvaient dans le tissu graisseux de la scissure. L'urine avait offert pendant la vie une couleur pourpre, et après un repos de quelques heures elle déposait un sédiment couleur de chocolat. Le liquide qui surnageait avait une teinte ambrée foncée. Ni la chaleur, ni l'acide nitrique n'y produisaient d'altération appréciable.

Déjà MM. Cullen et Carswell (2) avaient publié deux cas dans lesquels les reins, aussi bien qu'un grand nombre d'autres organes, avaient été envahis par la matière mélanique.

M. Petit (3), interne dans le service de MM. Marjolin et Blandin, a aussi publié un cas de mélanose, dans lequel presque

(1) Fawdington. *A case of melanosis with general observations on the pathology of this interesting disease*, in-8, London, 1829, plate v, p. 21.

(2) William Cullen and Robert Carswell. *On melanosis* (Transactions of the medico-chirurgical Society of Edinburgh, vol. 1, Edinb., 1824, p. 264).

(3) *Journal hebdomadaire de médecine*, t. II, Paris, 1829, p. 122.

tous les organes offraient cette altération. Le rein droit contenait dans son épaisseur une masse noire, arrondie, du volume d'une grosse aveline, et entourée d'un kyste.

J'ai publié (1) le cas d'une femme de 49 ans qui avait à la peau plusieurs petites tumeurs noirâtres. Les poumons, le cœur, le foie et les reins contenaient des masses mélaniques et des masses encéphaloïdes, tantôt pures, tantôt mélangées ; celles de la peau contenaient seulement de la matière mélanique. En outre, il y avait de la matière tuberculeuse déposée au sommet des deux poumons, et celui du poumon droit présentait plusieurs petites cavernes.

Antérieurement, Lobstein (2) avait publié le cas très intéressant d'une femme chez laquelle se déclara une foule d'éminences rougeâtres et bleuâtres sur diverses régions de la peau, et dont une, fongueuse et ulcérée, était plus grosse qu'un œuf de poule. Après la mort, la peau, les poumons, le foie et la rate offraient des altérations mélaniques. Le rein droit était sain, mais il présentait à son extrémité supérieure une tumeur longue de trois pouces, demi et large de huit pouces, et de trois quart de pouce d'épaisseur. Cette tumeur, semi-transparente, avait l'aspect d'une hydatide ; mais à la coupe on s'assura que c'était un kyste divisé en plusieurs cellules remplies d'une matière noire et pulpeuse, et qui communiquait avec la veine rénale. A la partie supérieure et interne de la cuisse gauche, il y avait une masse composée de six tumeurs encéphaloïdes, ramollies ; la plus volumineuse avait deux pouces et demi de long sur onze lignes de largeur. Ces tumeurs renfermaient aussi de la matière mélanique.

M. Chomel (3) a soigné une femme dont le foie, d'un volume énorme (il pesait douze livres quatre onces), offrait à sa surface de nombreuses saillies, les unes d'une couleur noire très foncée,

(1) Rayer. *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, seconde édit., Paris, 1835, t. III, p. 693.

(2) *Répertoire général d'anatomie et de physiologie pathologiques*, premier trimestre, 1829.

(3) *Gazette médicale de Paris*, 1832, p. 874.

entièrement formées de matière mélanique, les autres blanchâtres, formées de tissu encéphaloïde; d'autres enfin composées de ces deux substances, tantôt séparées, tantôt intimement mêlées. Les poumons, la matrice, les ganglions mésentériques, les mamelles, le nerf optique et les reins contenaient de la matière mélanique.

Des observations analogues ont été faites sur les animaux(1). Un vieux mulet, sacrifié à l'école vétérinaire de Toulouse, pour le cours d'anatomie, le 17 mars 1830, offrit les lésions suivantes. Le rein gauche est d'un tiers plus volumineux que de coutume. A l'extérieur, il est noir. Toute sa moitié inférieure paraît remplacée par un liquide maintenu par la capsule rénale restée intacte. Le liquide que renferme la moitié inférieure du rein, offre tous les caractères de la mélanose ramollie : il est poisseux, homogène; étendu en couche mince, il réfléchit une teinte semblable à celle de l'encre de la Chine, mais un peu roussâtre; à la partie supérieure de cette collection liquide, se trouve une matière molle, noire, du volume d'un œuf, aplatie, lamelleuse, et qui paraît encore être de la mélanose. Tout l'espace où l'on devrait rencontrer la substance corticale du rein est occupé par cette matière; le reste de l'organe n'est pas altéré. Toute la surface du foie, la face postérieure du lobe moyen exceptée, est d'une couleur noir-jais. Cette couleur est due à une couche solide d'une demi-ligne d'épaisseur, déposée sous l'enveloppe hépatique, et qui offrait les caractères de la mélanose.

Matière colloïde ou gélatiniforme.

§ 929. J'ai trouvée dans un rein de bœuf, un amas de kystes d'une espèce particulière. Le rein avait un aspect extraordinaire (ATLAS, Pl. XLII, fig. 1. 2): plusieurs lobules étaient

(1) *Journal des progrès des sciences zooiatriques et de médecine comparée*, VIIe année, 1836, p. 207.

comme rongés, ou plutôt présentaient des dépressions nombreuses, à bords irréguliers et saillans, à fond grisâtre. Cette affection semblait s'être propagée par continuité en passant d'un lobule à un autre, en s'arrêtant brusquement après avoir franchi le lobule voisin. Vu du côté du bassinet, le rein présentait un aspect non moins extraordinaire. Le mamelon du lobule le plus gravement affecté était d'une grosseur remarquable. On voyait, tout autour de lui, et sur son sommet, qui était aplati, des tumeurs gélatiniformes, tremblotantes, que je pris d'abord pour des hydatides. La coupe d'un de ces lobules ulcérés présentait un tissu filamenteux, infiltré par une matière semblable à de la colle dissoute dans une assez grande quantité d'eau, et qui contenait aussi dans ses mailles des masses gélatiniformes plus ou moins solides, dont un certain nombre se trouvaient très près de la dépression mentionnée plus haut. Une coupe du mamelon, dans le lobule le plus malade, pénétra dans une cavité remplie d'un liquide semblable à celui qui infiltrait l'autre lobule, et dont les parois étaient également filamenteuses. Ailleurs, ces loges présentaient les caractères des kystes réticulés des mamelons du rein de bœuf. Des coupes faites dans le voisinage de l'altération, pénétraient dans des cavités remplies d'une matière gélatiniforme, plus ou moins solide et transparente. Dans la substance corticale, il y avait aussi les mêmes vacuoles, remplies de la même matière. Cette matière était soluble dans l'eau froide. La solution chauffée jusqu'à l'ébullition se troublait, et il se formait à sa surface une crême blanchâtre, assez abondante, qui n'était plus soluble dans l'eau, mais qui se dissolvait dans l'acide nitrique à chaud, en prenant une teinte jaune-citrine.

La liqueur, débarrassée de l'écume, évaporée, laissait une matière brunâtre, légèrement transparente, qui ne se dissolvait plus sensiblement dans l'eau.

J'ai rencontré la même altération chez l'homme dans un cas de pyélite; le bassinet offrait de petites ulcérations, arrondies, dans le voisinage de la substance mamelonnée, altérée; à l'intérieur des mamelons affectés cette matière était transparente

(Atlas, Pl. xi, fig. 7), mais à leur extrémité elle était opaque et blanchâtre ; un des mamelons était entièrement détruit ou réduit en bouillie par cette altération. Dans un autre cas, j'ai vu, à l'extrémité des mamelons du rein, une altération qui, au premier coup-d'œil, semblait être un développement anomal de vésicules, mais qui, à un examen plus attentif, fut reconnue pour une foule de petits grains d'une matière gélatiniforme.

Matière jaune.

§ 930. En examinant les deux reins d'un vieillard, j'ai vu, à la surface de l'un d'eux, sous la membrane fibreuse, un petit corps jaune que j'ai d'abord pris pour un dépôt de sels de l'urine dans les conduits de Ferrein. Mais, après avoir détaché la membrane fibreuse du rein, j'ai reconnu que ce petit corps était mou et non salin. Pour la couleur, il pouvait être assez exactement comparé au tissu jaune des capsules surrénales. J'ai trouvé, chez d'autres sujets, une semblable matière dans les ovaires.

Un autre rein, provenant également d'un vieillard, présentait, entre la membrane celluleuse et la substance corticale, et dans cette substance elle-même, une matière jaune, qui n'était ni de la graisse, ni une matière saline. Enfin, j'ai vu une matière d'un jaune d'ocre, à la surface d'un rein atteint d'inflammation chronique.

§ 931. Certaines matières jaunes paraissent être de la fibrine décolorée. Sur un rein de nouveau-né, dont la surface était d'un rouge assez foncé et semée d'étoiles vasculaires, il y avait une dépression dans laquelle était logé un petit corps noir, entouré d'une matière jaune. La substance corticale contiguë avait une couleur rouge-noirâtre. Dans un autre point de la substance tubuleuse, il y avait un caillot comme apoplectique, et le bout du mamelon voisin avait une coloration jaune-noirâtre.

Je puis encore citer d'autres faits analogues : Chez une femme morte d'apoplexie, et qui avait des corps fibreux dans

la matrice, le rein droit, près de la scissure, présentait une tumeur du volume d'une noisette, et d'une consistance très molle, d'un jaune rougeâtre. Près de cette tumeur, il y en avait une autre plus petite, d'un jaune mat.

Sur la face antérieure d'un rein, provenant d'une femme très âgée, il y avait une tumeur grosse comme une noisette, et d'un rouge foncé. A la coupe, la substance de la tumeur était rouge, molle, fongueuse, et contenait de petits grains jaunes, disposés comme les pepins dans l'intérieur d'un grain de raisin.

Sur un rein atrophié de vieillard, j'ai vu une petite plaque d'un jaune d'ocre, et d'une ligne environ d'épaisseur. Enfin, dans un rein de bœuf, qui contenait plusieurs kystes urinaires, j'ai trouvé entre deux lobules une petite tumeur dure, et hérissée de petites saillies jaunâtres qui, par leur consistance et leur couleur, avaient beaucoup d'analogie avec de la cire jaune. Après avoir fait macérer cette tumeur, j'y aperçus des pellicules bleuâtres qui étaient peut-être des débris d'acéphalocystes.

Granulations transparentes.

§ 932. J'ai vu, mais très rarement, à la surface des reins, une foule de petites éminences pellucides, un peu inégales, brillantes comme des vésicules, et qui étaient entremêlées d'un grand nombre de petits points blancs, opaques. Presque tous ces reins avaient une teinte jaune, un aspect granulé, des dépressions ou d'autres altérations amenées par la néphrite chronique.

Vers dans les reins.

§ 933. On a trouvé dans les reins de l'homme le strongle géant (*strongylus gigas*) et deux autres vers, le *spiroptera hominis* et le *dactylius aculeatus*, sur lesquels il reste beaucoup d'incertitudes; j'ai déjà dit qu'on y rencontrait plus souvent des acéphalocystes (§ 858. *Kystes acéphalocystiques*).

§ 934. On peut voir, dans d'anciens auteurs, de mauvaises figures de prétendus vers rendus avec l'urine, et qui ne sont autre chose que des concrétions fibrineuses (1), du mucus coagulé ou de fausses membranes, ou même des larves d'insectes (2), ou des cloportes (3) qui s'étaient trouvées par hasard ou par supercherie dans le vase de nuit des malades. M. Lawrence a vu deux fois des larves d'insectes envoyées comme des vers rendus par la vessie.

Un cas rapporté par J. Aug. Christ. Kühn (4) me paraît aussi très douteux. Il s'agit d'un enfant qui rendit plusieurs ascarides, sans en rejeter par l'intestin. L'auteur suppose que ces vers s'étaient développés dans les reins.

Des vers intestinaux, en pénétrant dans les reins ou le canal de l'urèthre à travers des fistules, ont pu être rendus par l'urine (5). Enfin chez les femmes, les ascarides *vermiculaires* quittent quelquefois le rectum, gagnent les parties génitales, entrent et peuvent être balayés par l'urine, et tomber avec elle dans le vase de nuit.

(1) Decerf (*Journ. de méd. continué*, t. XVII, p. 92) rapporte l'observation d'un homme âgé de cinquante ans qui, après avoir eu des hémorrhagies, rendit un corps vermiforme ou un ver, et plus tard de petits corps vermiformes, dont plusieurs, examinés par MM. Bremser et Duméril, furent reconnus pour des concrétions fibrineuses.

(2) Tulpii. *Obs. medic.*, lib. 2, cap. 50, tab. 7, fig. 2. — Cap. 51, tab. 7, fig. 3. — Werlhof *Commerc. Litter. Norimb.* 1735, p. 282 (*vermis cum urina excretus*).

(3) Veau de Launay. *Observat. sur des vers rendus avec l'urine* (Rozier. Obs. de physique, 1792, p. 150, pl. 1, fig. 4, *a. c.* — Voyez aussi : *Gazette médic. de Paris*, 1838. p. 24).

(4) Kühn (J. Aug. Christ.). Diss. inaug. *De ascaridibus per urinam emissis*, etc., Jenæ, 1798, in-18, p. 4.

(5) Bardin. *Rapport sur une obs. de M. Delaporte* (Bibl. méd., t. LXVI, pag. 86). Voyez aussi, au sujet de *tœnia* rendus avec l'urine, *Gazette médic. de Paris*, 1835, p. 103.

Strongle géant (strongylus gigas).

§ 935. On reconnaît le strongle géant aux *caractères suivans :* Corps cylindrique, élastique, atténué aux deux extrémités ; queue du mâle terminée par une bourse, du milieu de laquelle sort une verge unique.

Chez les animaux, la longueur des strongles varie de cinq pouces à trois pieds. Ces vers sont d'un rouge de sang ; ils perdent cette couleur dans l'eau et l'alcool. Le mâle, plus petit que la femelle, est aminci vers ses deux extrémités ; la bouche est circulaire et pourvue de deux petites papilles ; son corps, composé pour ainsi dire d'anneaux, offre plusieurs dépressions longitudinales ; sa queue forme, à son extrémité, une bourse par laquelle sort un pénis extrêmement fin (ATLAS. Pl. XXIX, fig. 6 et 8). La femelle est plus grande ; la fin de sa queue est droite et obtuse ; on remarque, à cet endroit, un anus longitudinal. Suivant la différente longueur du ver, l'entrée du vagin est éloignée d'un ou plusieurs pouces de l'extrémité de la queue.

Les individus observés chez l'homme avaient plusieurs pouces de longueur.

Quelques observateurs paraissent avoir confondu ces vers avec les lombrics (1) dont ils se rapprochent par leur forme et leur dimension.

§ 936. Cette espèce de vers a été quelquefois trouvée dans des reins du chien, de la fouine, du loup, du cheval et du phoque. Elle est très rare. J'ai examiné plus de trois mille reins d'homme et plus de cinq cents reins de chien, sans rencontrer un seul exemple de ces vers.

§ 937. Quant aux accidens déterminés par la présence des strongles dans les reins, ils ont la plus grande analogie avec ceux qu'occasionnent les calculs rénaux (§ 644, 645). Ce sont principalement des douleurs rénales, souvent des hématuries,

(1) Guillaume Remer (Hufeland's *Med. Journal*, vol. XVII, pl. II, p. 116-120) rapporte à l'ascaride lombricoïde des vers qu'une femme épileptique rendait avec l'urine, et qui paraissent être de véritables strongles.

parfois des rétentions d'urine dans le bassinet et les calices, et par suite le développement d'une tumeur à la région lombaire. De semblables tumeurs peuvent s'ouvrir spontanément à l'extérieur ou être vidées par l'instrument du chirurgien.

§ 938. Pendant la vie, l'existence des strongles dans les reins ne peut être démontrée que par l'expulsion d'un ou de plusieurs de ces vers; car les accidens qu'ils déterminent sont communs à toutes les pyélites produites par des corps étrangers, animés ou inanimés.

La rareté de ces vers dans les reins de l'homme n'a pas permis de faire des observations rigoureuses sur les remèdes propres à en favoriser l'expulsion.

Historique et observations.

§ 939. Il faut se garder de compter, comme des exemples de strongles, des observations dans lesquelles on a pris évidemment, pour cette espèce de vers, des *concrétions fibrineuses* vermiformes, et de véritables lombrics passés de l'intestin dans la vessie.

Rudolphi et Bremser regardent comme authentiques les observations suivantes, quoique la plupart laissent une foule de détails à désirer :

1° Ruysch (1), qui a souvent observé des strongles chez les chiens, trouva un jour un ver de cette espèce dans les reins d'un homme.

2° Blaes (2) a trouvé dans les reins d'un vieillard deux vers rouges de la longueur d'une aune; et il ajoute qu'on rencontre souvent ces vers chez les chiens.

(1) Ruysch. *Opera omnia :* Observat. anatomico-chirurgicæ. Obs. LXIV : « In renibus humanis semel eos me vidisse memini, quales in canum renibus longe frequentiùs occurrunt. »

(2) Blasius. *Obs. Medic. rariores,* p. 80 in-12 (Amstelodam. 1677. « In viro emaciato, ulnæ et quod excedit longitudinem habentes duos (vermes) aliquando reperi; coloris erant rubicundi, aquoso humore turgidi, quasi ex annulis plurimis affabre junctis constare videbantur (fig. 6 et 7, tab. VIII). » Les deux figures de Blaes sont mauvaises, et la description elle-même laisse bien des incertitudes sur la nature de ces corps.

3° J. Rhode (1) a connu un homme atteint d'une fièvre maligne, qui avait rendu en urinant, le cinquantième jour de sa maladie, un ver vivant, de forme ronde et d'un pied de longueur. Cet homme n'a jamais eu de difficulté pour uriner, ni avant, ni après la sortie du ver.

4° Albrecht (2) fait mention d'un soldat qui, depuis sept ans, éprouvait une difficulté d'uriner, et qui en fut entièrement débarrassé après avoir rendu, par l'urèthre, un ver de la longueur de trois doigts et de la grosseur d'un tuyau de plume.

5° Raisin (3) rapporte qu'un homme de 50 ans était attaqué, depuis deux ans environ, d'une colique néphrétique très violente; ses urines étaient teintes de sang, presque noirâtres. Quelques remèdes calmèrent les douleurs; elles reprirent ensuite avec plus de violence que jamais, et persistèrent malgré tous les secours qu'on put lui donner, jusqu'à ce qu'il rendît par les urines un ver qui avait plus de trois pouces de long; depuis ce moment il fut parfaitement rétabli, et les urines reprirent leur couleur naturelle.

Duchateau cite (4) un cas analogue à celui de Raisin.

Enfin Gentilis da Foligno (5), Fernel (6), Guidi Guido (7), Houllier (8), Zacutus Lusitanus (9), Schenk (10), Th. Bartholin (11), Bonet (12), Pechlin (13), Chapotain (14), Gor-

(1) Rhodius. *Obs. anatom. medic. Centuriæ tres.* Padoue, 1657, in-8 obs.

(2) Albrecht (J.-P.). *Ephem. nat. cur.*, Dec. II, an. I, p. 183, obs. LXXVII.

(3) Raisin. *Journal de médecine*, t. XIX, p. 458.

(4) *Biblioth. médic.*, t. LII, p. 371.

(5) Gentilis Fulginus, cité par Gorcy. *Journ. gén. méd.*, t. XIX, p. 389.

(6) Fernel. *Pathologia*, lib. VI, cap. 10.

(7) Guidi (Guido) (*Vidus Vidius*). *De curatione generatim.* Lib. X, c. 14.

(8) Hollerii. *Commentar.*, cap. de odore urinæ.

(9) Zacutus Lusitanus. *Prax. hist.*, lib. II, cap. XVI, obs. 6.

(10) Schenk. *Obs. med.*, lib. III, sect. II, obs. CXCVI, p. 330.

(11) Th. Bartholin. *Acta Hafniens.*, vol. V, obs. 21, 70, 106.

(12) Bonet. *Sepulcretum*, t. II, p. 579.

(13) Pechlin (J.-N.). *Obs. phys. medic.*, lib. I, obs. 4.

(14) Chapotain. *Topographie méd. de l'Ile-de-France*, in-4, Paris, 1812.

cy (1), etc., ont fait des observations ou des remarques sur les vers des reins; mais plusieurs cas paraissent appartenir aux caillots fibrineux et non à de véritables vers, ainsi que Morgagni (2) l'a judicieusement remarqué.

Auvity (3) a rapporté l'observation de deux vers rendus avec l'urine et qui me paraissent être des strongles.

§ 940. Le strongle géant a été observé dans les reins des *chiens* par Ruysch (4). Sim. Schultz (5), Ch. Rayger (6), Ph.-Jac. Hartmam (7), Polycarpe Gottl. Schacher (8), G.-F.-H. Collet-Meygret (9), Van Swieten (10), Godine (11), Duverney et Méry (12), Wolf (13), et dans la vessie d'un chien, par F. Frank (14).

(1) Gorcy. *Lettre au sujet d'une observation de ver trouvé dans le rein d'un chien* (Journ. général de médecine, t. XIX, p. 387).

(2) Morgagni. *De sed. et caus. morbor.*, epist. XL.

(3) Rozier. *Observ. de physique*, vol. XIII, p. 379-382.

(4) Ruyschii. *Opera*, in-4, Amstelodami, 1737 : Tit. Dilucidatio valvularum, cap. 4. Observ. anatom. *Obs.* XI (Vermis in rene repertus).

(5) Schultz. *Obs. de vermibus in renibus* (canis.) (Ephem. nat. cur., Dec. I, ann. 3, p. 405-408 (renis caro exesa : vermis dodranteni supra duas ulnas æquavit.

(6) Rayger (C.). *Ephem. nat. cur.*, Dec. I, ann. 7, p. 315.

(7) Hartmann (Ph.-Jac.). *De lumbrico in rene canis sanguineo* (Ephem. nat. cur., Dec. II, ann. 4, p. 149). Strongylus (femina) in canis rene repertus cum hoc, fig. 18, 21. Depingitur ; fig. 22, 24. Anatomes tentamen. Sanguine rubebat. Ultrà diem vivus conservatus.

(8) Schacher (Polycarpi Gottl.). *Panegyris medica*, 1. plag. in-4, Lips., 1719.

(9) Collet-Meygret. *Mém. sur un ver trouvé dans le rein d'un chien* (Journ. de physique, t. XL (1802), p. 458-464, fig. 1-4. Ce médecin donna le nom de *dioctophyme* à ce ver, qui plus tard fut reconnu être le strongle géant.

(10) Van Swieten. *Comm. in Aphor. Boerhaavii*, 1134.

(11) Godine. *Obs. sur un strongle trouvé dans le rein gauche d'un chien* (Journ. génér. de médecine, t. XIX, p. 160).

(12) *Mém. de l'Acad. des sciences*, vol. II.

(13) Wolff. *Obs. chirurg. medic.*, lib. 2, obs. 4.

(14) Pierre Frank. *Traité de médecine pratique*, trad. française de Gondareau, t. III, p. 365.

J. Bauhin (1), Théod. Klein (2) l'ont vu dans les reins des loups, d'autres (3), dans les reins du cheval (4), de la fouine (5) et du bœuf.

§ 941. Les cas de strongles géans observés dans les reins de l'homme étant disséminés dans des recueils périodiques que les médecins praticiens ne peuvent pas toujours facilement consulter, je me suis décidé à reproduire ici les observations relatives à ces vers, et qui m'ont paru offrir le plus d'intérêt par leur authenticité et par les circonstances de la maladie.

Obs. I. — Plusieurs strongles géans dans le rein droit; rétention d'urine dans le rein; tumeur à la région rénale droite; coliques néphrétiques; incision et ponction de la tumeur; guérison de la fistule; nouveaux accidens, nouvelle incision, guérison; mêmes accidens, nouvelle incision; issue de vers vivans par la fistule, puis par l'urèthre; guérison (6).

« Je fis l'opération de la taille par le grand appareil, le 19 avril 1748, à l'enfant d'un nommé Bouturin, âgé de 5 ans, avec le plus heureux succès. Cet enfant, depuis sa naissance, se plaignait d'une difficulté d'uriner et souffrait de fréquentes douleurs de vessie, ce qui me fit penser qu'il était atteint de la pierre dès le ventre de sa mère, attendu qu'elle était d'un volume considérable, aussi grosse qu'un petit œuf de poule; après m'être assuré de son existence, je l'opérai en présence de deux chirurgiens de cette ville, et il fut parfaitement guéri dans l'espace de quinze jours.

(1) Bauhin (Joan.). *Memorabilis historia luporum aliquot rabidorum*, etc. Montbelliard, 1591, in-8.

(2) Klein. *An anatomical description of worms found in the kidnies of wolves* (Philosoph. Transact., p. 269-273, fig.), (strongle mâle et femelle).

(3) Redi. *Anim. viv.*, p. 27, vers. p. 38, tab. 9, fig. (*ex rene martis*).

(4) Voyez : Rodolphi. *Entoozorum, etc. hist. naturalis*, in-8, Amstelodami, 1809, vol. II, Pl. 1, p. 211.

(5) Hufeland's *Med. Journ.*, vol. XVIII, part. 1, p. 112.

(6) *Sur des vers sortis des reins et de l'urèthre d'un enfant, avec des réflexions sur la néphrotomie, par M. Moublet, lieutenant de M. le premier chirurgien du roi, et chirurgien-major de l'hôpital de Tarascon, en Provence* (*Journ. de méd. et de chirur*, juillet 1758, t. IX, p. 244).

« Je fus appelé, le 8 février 1752, pour ce même enfant, que je trouvai avec beaucoup de fièvre, un pouls plein, fort et fréquent. Il n'avait point uriné depuis vingt-quatre heures, avait eu le hoquet, des vomissemens le jour précédent, qui avaient duré toute la nuit, pendant laquelle il avait été cruellement tourmenté. Il se plaignait d'une douleur vive à la région lombaire du côté droit, d'une inflexibilité des reins, et d'un engourdissement de la cuisse.

« La constitution du malade, le siège de la maladie, les accidens dont il était affligé, et les coliques néphrétiques qu'il avait autrefois essuyées, déclaraient assez combien l'action des reins était lésée, d'autant mieux qu'il n'y avait presque point de tension dans la région de la vessie. La douleur fixe et persévérante, les élancemens qu'il souffrait, me firent recourir tout de suite aux remèdes les plus capables de relâcher et de calmer l'état phlogistique de la partie. Je le saignai, je lui fis prendre un lavement anodin, je lui ordonnai des fomentations émolliens sur le bas-ventre, je le sondai, et il sortit de la vessie environ un verre d'une urine ardente, trouble, avec sédiment épais.

« La région lombaire n'était pas fort tendue; la couleur de la peau paraissait un peu rouge, et il lui restait seulement un sentiment vif de pulsation, et une douleur profonde lorsque j'y appuyais mes doigts. Ce qui m'obligea de lui appliquer un cataplasme anodin. Je le saignai une seconde fois, trois heures après, et, comme les symptômes subsistaient le soir avec violence, je proposai, pour procurer une grande détente et une nuit moins tumultueuse, une troisième saignée, à laquelle le père s'opposa.

« Le lendemain matin, l'inflammation avait augmenté; le malade était inquiet, brûlant, altéré, les coliques avaient redoublé et ne lui avaient donné aucun calme; il rendit des urines extrêmement rouges, briquetées et en très petite quantité; l'insomnie qu'il avait eue la nuit l'avait beaucoup agité, le pouls était concentré, il sentait une pesanteur, et une pression véhémente dans la région lombaire, ce qui me persuada que l'inflammation attaquait les contours même du rein extérieure-

ment, la rougeur était plus vive, la chaleur forte, la peau plus élevée et plus rénitente ; je sentis même au milieu de la tumeur une petite dureté.

« Il fut saigné, prit un lavement, je continuai, afin d'assoupir les solides et d'apaiser les douleurs par l'usage des relâchans, des anodins et des émolliens. Je ne négligeai point, selon les indications, les potions huileuses, acides et narcotiques, et je fis voir si fort aux parens les mauvais effets de leur négligence, qu'ils appliquèrent sur la région lombaire le cataplasme que j'avais prescrit la veille. Je le sondai de nouveau pour faire couler le peu d'urine qui se trouvait dans la vessie, qui était extrêmement rouge et enflammée.

« Cependant les parens ennuyés de voir que ces remèdes n'opéraient pas un soulagement prompt, se lassèrent de les continuer, ils abandonnèrent cet enfant à sa triste situation, et je perdis cette maladie de vue.

« Dix jours s'écoulèrent dans cette inaction; mais, voyant que le mal empirait, ils vinrent un jour me revoir, m'assurèrent qu'ils le confiaient entièrement à mes soins, et m'avouèrent qu'ils en avaient été détournés par les discours enchanteurs d'une femme qui les avait flattés de le guérir radicalement.

« L'enfant était assez tranquille, la fièvre s'était calmée, il urinait sans peine, l'urine était claire et naturelle ; la douleur de la région lombaire était moindre, le ventre s'était amolli, la tumeur n'était plus si saillante, mais aplatie et circonscrite, sans rénitence et sans tension. Je reconnus par la rémission de la douleur, par les frissons vagues et irréguliers qu'il me dit avoir ressentis, par le relâchement et la mollesse de la peau, et plus encore par la dépression qui restait au centre de la tumeur après l'impulsion des doigts, par le flot et l'ondosité du pus qu'elle renfermait, qui se faisait sentir à la circonférence, je compris que la suppuration était formée et que l'abcès pénétrait fort avant, parce que la fluctuation, qui était lente, paraissait profonde.

« Je communiquai au père le jugement que j'en portai. Je lui dis, selon ce que me laissaient présumer les accidens qui

avaient précédés, que l'abcès occupait peut-être jusqu'au rein même; que le pus serait abondant, parce qu'il y avait beaucoup de graisse dans cette partie, et qu'il fallait au plus tôt lui donner issue pour éviter les ravages qu'il pourrait faire. Je fis appliquer sur la tumeur un cataplasme maturatif.

« La suppuration est toujours prompte dans des parties si délicates et d'un sentiment si exquis, et la saine pratique demande de ne pas trop temporiser. L'après-dîner la fluctuation m'ayant paru encore plus sensible, je fis préparer mon appareil, et j'en fis l'ouverture comme je l'avais proposé.

« Le malade étant situé sur le bord du lit, le côté penché en dehors; je plongeai mon bistouri dans la partie la plus déclive de la tumeur, environ la profondeur de deux travers de doigt. Je fus fort étonné, l'incision faite, de ne point voir sortir du pus; et cela me fit d'autant plus de peine, que les parens étaient présens. Je ne me déconcertai point; j'introduisis mon doigt tout de suite dans l'incision que j'avais pratiquée; je sentis l'ondulation du pus, à ne pouvoir en douter; en étant assuré, j'enfonçai mon bistouri plus profondément dans la même incision; il sortit un jet d'un pus mêlé de filamens sanguins, de la grandeur de l'ouverture, que je ne balançai point d'étendre de trois pouces, le long des apophyses transverses des vertèbres des lombes.

« Cette grande évacuation purulente soulagea le malade, parce que, laissant un grand vide, les viscères du bas-ventre n'étant pas si à l'étroit, les sécrétions se rétablirent avec facilité. Je prescrivis au malade un régime sévère; le soir je le saignai, et je levai le premier appareil, à cause de la grande quantité de pus dont le lit était inondé. Je remplis l'ouverture de gros bourdonnets de charpie enduits d'un digestif ordinaire, attachés avec un gros fil double, dont je laissai pendre le bout au dehors. J'appliquai le plumasseau chargé du même digestif, et je le couvris d'un bandage double d'une longueur et d'une largeur convenables pour contenir l'appareil en état.

« La suppuration ne pouvait être qu'abondante, attendu que l'engorgement était considérable, que la substance des reins est ferme et charnue, qu'ils suppurent beaucoup. Aussi j'eus

une attention extrême de faciliter l'écoulement du pus. Je lui recommandai de se coucher de ce côté.

« Le pansement fut toujours fort simple et d'une grande propreté. Le pus devint blanc, épais et visqueux, d'une assez bonne qualité, quelques jours après, ce qui leva tout doute et vérifia mes conjectures et le pronostic que j'avais porté sur le siége et la profondeur de l'abcès. Je remarquai, malgré la grande quantité de matières qui sortaient par la voie de l'incision, que les urines étaient blanches, et qu'après avoir reposé, elles s'éclaircissaient et laissaient au fond du pot un sédiment purulent. Je le pansai au commencement deux fois par jour, pendant douze jours, et, comme cette abondance se ralentit peu-à-peu, je le continuai une seule fois, pendant environ un mois et demi.

« Il ne survint durant tout cet intervalle aucun fâcheux accident, à quelques rétentions d'urine près dont il fut attaqué. J'attendais que la régénération des chairs se ferait sans peine. L'abcès semblait se mondifier. Il paraissait même dans le fond quelques grains charnus qui bourgeonnaient lentement, mais les lèvres de la plaie devinrent pâles, se flétrirent; elles restèrent long-temps d'une couleur livide et plombée ; la supuration prit une mauvaise tournure; le pus fut mal conditionné, l'abcès dégénéra peu-à-peu en ulcère sanieux ; il en suintait un liquide fétide de diverses couleurs, tantôt jaunâtre, tantôt verdâtre; et la chair qui s'engendrait sur les bords était molle et spongieuse, présage d'une suppuration d'un mauvais caractère.

« Je me servis avec choix et précaution de différentes injections les plus propres à déterger l'ulcère et à en ranimer les chairs décolorées et spongieuses. Toutes mes tentatives furent infructueuses, et, comme mes soins et les remèdes que j'employais étaient sans succès, j'en laissai la conduite à la mère qui la pansa.

« Quelques mois après, l'enfant vint me trouver, et je fus étonné de voir que cet ulcère si rebelle et si opiniâtre, qui avait résisté à tant de remèdes, fût entièrement fermé, et que la cicatrice était faite. Le malade ne sentait point de douleur. Je

remarquai seulement une petite tension dans la région lombaire : l'endroit de la cicatrice était un peu boursouflé ; la consolidation n'avait point acquis cette fermeté qu'elle a naturellement dans son état parfait ; la couleur de son visage était pâle, son ventre paresseux, ses urines troubles coulaient avec quelque difficulté ; l'appétit lui manquait, son sommeil était interrompu par des insomnies fréquentes ; il éprouvait un malaise dans tout le corps, et il ne reprenait point ses forces épuisées.

« Ce changement en mieux pouvait être regardé comme un acheminement à sa guérison ; mais sa durée fut courte. Sa mère, trois jours après, vint me chercher à la hâte ; l'enfant poussait les hauts cris, il s'agitait dans son lit, faisait des efforts violens et extraordinaires ; il souffrait, depuis la nuit, des douleurs excessives qui lui causaient des convulsions considérables ; il n'avait point uriné depuis la veille ; ses extrémités étaient froides, le pouls faible, petit et déprimé ; il se plaignait d'une pesanteur aux lombes, insupportable, et comme des tiraillemens et des déchiremens dans le bas-ventre.

« J'examinai l'ulcère, il était fermé ; j'attribuai tous ces funestes effets à sa clôture. Sa circonférence était extrêmement gonflée ; je sentis en le poussant un mouvement de fluctuation ; je fis tout de suite une ouverture avec une lancette ; le pus s'écoula, et les accidens fâcheux cessèrent.

« Quelque temps après, l'ulcère se referma, et les douleurs qui en étaient ou les suites ou les causes, recommencèrent, sévirent avec autant de véhémence, et s'apaisèrent par les mêmes moyens.

« Cet ulcère a eu long-temps le même revers et la même issue ; il se refermait après des intervalles périodiques. Quand l'écoulement de ces filamens purulens était fini, les bords se recollaient, et, lorsque leur collection était considérable, je l'ouvrais avec la lancette. Il n'y avait que cette voie pour apaiser les douleurs qui tourmentaient l'enfant. J'aurais même souhaité qu'on m'avertît toutes les fois qu'il était dans cette situation déplorable. On en laissait souvent la conduite à la nature, et on attendait que le pus ramassé, distendant par sa quantité, dilacérât la dernière cicatrice, et se fît jour lui-même, ce qui

ne devait pas arriver sans inconvéniens et sans causer de grands maux au malade.

« Tout ulcère cicatrisé qui se renouvelle est en danger de tomber en une fistule incurable. En effet, les bords durcirent et devinrent calleux ; il en coulait de temps en temps une humidité fétide, d'une odeur insupportable; les urines, dont le cours était souvent interrompu, quelquefois purulentes, étaient toujours filandreuses. Afin de pouvoir réunir tous les secours ensemble, je lui fis prendre des délayans, de légers diurétiques. Les injections balsamiques et vulnéraires, tous les remèdes indiqués, prescrits avec soin et employés à propos, ayant été épuisés, le malade, en proie à des douleurs extrêmes, auxquelles il ne pouvait plus résister, menait une vie languissante, dans un abattement affreux, et dépérissait chaque jour. La fistule d'un émonctoire aussi profond est de difficile guérison. Pénétré de compassion, et rempli du désir de délivrer cet enfant de cette situation malheureuse, je me décidai pour l'opération ; et malgré toutes les difficultés que je comprenais qu'il y avait de réussir, je pensai que le plus sûr parti était d'ouvrir entièrement cet ulcère fistuleux, qui durait depuis trois ans ; j'insistai sur la nécessité devant les parens, qui, irrésolus, me demandèrent du temps pour s'y déterminer.

« On voyait toujours continuer le même assemblage de phénomènes. L'enfant se plaignait encore par intervalles de piqûres vives, et d'une douleur lancinante. Ces symptômes réunis me portant à soupçonner la présence d'une pierre d'une certaine grosseur, inégale, dure et raboteuse, qui par son poids et sa masse produisait un sentiment de pesanteur, bouchait les uretères et empêchait l'excrétion des urines, et qui, par ses aspérités et ses points tranchans, pouvait froisser, blesser, meurtrir des chairs infirmes et affaiblies, déchirer de petits tuyaux d'un tissu tendre et d'une sensibilité extrême, et occasioner ces irritations, ces compressions, ces douleurs suivant les divers mouvemens et les différentes situations du corps ; ce qui aurait suffi pour procurer un suintement continuel, et pour s'opposer à la parfaite réunion de l'ulcère. Je le sondai plusieurs fois avec précaution ; je ne trouvai au-

cune résistance, et je me convainquis qu'il n'y en avait point.

« La nature ménage quelquefois aux maladies extraordinaires des issues surprenantes. Celle-ci était d'une trop grande conséquence pour ne pas m'intéresser au point d'en suivre les progrès et la marche. La mère de cet enfant vint me dire, le 11 mars 1755, que dans la nuit elle avait vu remuer dans la fistule un ver vivant, qu'elle avait tiré avec les doigts. Elle avait eu la précaution de le conserver. Il était de la longueur de cinq pouces, et de la grosseur d'une plume ordinaire, et d'une couleur grisâtre.

« L'après-dînée du même jour, je me rendis chez le malade, et je tirai moi-même de la fistule un second ver, en vie, avec mes pinces, à la vérité plus petit que le premier. Il avait quatre pouces de long, et était d'une grosseur approchante. Comme je compris de quelle importance et de quelle nécessité il était de tenir la fistule ouverte pour faciliter la sortie des vers, je voulus la dilater. Les parens ne voulant pas le permettre, j'introduisis une grosse tente qui en empêcha la réunion. Je l'examinai avec attention, il ne découla pas beaucoup de pus, et je ne vis plus paraître de vers. Mais comme j'avais toujours droit de soupçonner qu'il y en avait d'autres, afin de les chasser, et de les faire périr plus sûrement, j'injectai par le trou extérieur de la fistule, des décoctions amères et une dissolution mercurielle.

« Deux jours après, cet enfant fut atteint d'une suppression subite d'urine; j'observai cette fois, ce que je n'avais point remarqué dans les rétentions qu'il avait déjà essuyées, que la région de la vessie était tendue et gonflée, et qu'elle devait par conséquent contenir de l'urine. Je voulus le sonder, mais l'algalie, parvenue au sphincter de la vessie, trouva une difficulté insurmontable à pouvoir être introduite dans sa cavité. J'injectai dans le canal de l'urèthre, à différentes reprises, de l'huile tiède pour le relâcher, et faciliter la sortie du gravier qui pouvait intercepter le passage. Les douleurs alors redoublèrent. Je fis une seconde tentative avec la sonde, qui ne fut pas plus heureuse que la première. Ne pouvant absolument en venir à bout, je fis mettre l'enfant dans le bain.

« A peine y fut-il, qu'il entra dans des mouvemens convulsifs étonnans; il tordait ses bras avec des contorsions affreuses. Les douleurs étaient si aiguës, qu'il fallut le retirer du bain. L'ayant mis en situation pour tâcher encore de le sonder, j'aperçus au bout du canal de l'urèthre un corps étranger, que je pris avec mes pinces, et je tirai un troisième ver en vie, de la même figure et de la même longueur que le premier qui était sorti de la fistule, qui la nuit d'après fut suivi d'un autre par le canal de l'urèthre à-peu-près semblable.

« Ces quatre vers sortis, il n'en parut plus ni par le canal de l'urèthre, ni à l'entrée de la fistule, que je continuai de panser pendant un mois. Il en coula une petite qaantité d'un pus louable, dont la source se tarit peu-à-peu; la cicatrisation fut parfaite, tous les symmptômes ont disparu. Il rendit avec des urines naturelles, qui ont ensuite coulé sans douleur et sans peine, des filamens, des lambeaux membraneux, qui pouvaient être le kyste qui renfermait la tumeur. Les insomnies cessèrent, l'appétit revint insensiblement. Il a repris toutes ses forces, recouvré son embonpoint et il jouit, depuis cinq ans, d'une santé parfaite sans aucune altération. »

Obs. II. — Tumeur dans la région lombaire droite; ouverture spontanée de l'abcès; adhérence du rein droit avec le foie; calculs et vers (strongles) dans le bassinet; carie des vertèbres (1).

« Une fille de 40 ans, dont la conduite avait été autrefois suspecte, se présenta à l'hôpital vers la mi-décembre 1779. Elle se plaignait de douleurs dans les membres, qui devenaient souvent plus aiguës pendant la nuit, et particulièrement d'une douleur plus forte et plus continue à la région lombaire du côté droit. Cette particularité fixa mon attention; j'examinai le siège de cette douleur plus vive, et j'y trouvai un engorgement œdémateux qui semblait cacher une inflammation, par la sensibilité douloureuse que causait une pression un peu forte sur cette partie. La fièvre était modérée, les urines avaient leur

(1) Lapeyre. *Abcès de la région lombaire* (Journ. de méd., t. LXV, p. 375).

cours ordinaire, il n'y avait ni nausées, ni vomissemens. Je ne vis donc aucun signe de la lésion du rein, et je crus que tout se passait à l'extérieur. Les antiphlogistiques, les émolliens, les maturatifs externes, furent les remèdes que je prescrivis; ils apportèrent un soulagement très sensible. Le quatrième jour la fièvre et la douleur étaient très peu de chose, je confiai cette malade aux soins du chirurgien ordinaire de l'hôpital, et je la perdis de vue pendant trois semaines.

« Dans cet intervalle, la tumeur prit de l'accroissement; l'abcès s'ouvrit sur les muscles transverses du bas-ventre, il en sortit au moins une livre et demie de pus, mêlé de beaucoup de sang. L'ouverture de l'abcès ayant encore amélioré l'état de la malade, ses souffrances étant presque nulles, je crus devoir présumer qu'un pansement méthodique et quelques autres soins auxiliaires la rétabliraient parfaitement avec les gradations convenables.

« Les choses ne tournèrent pas comme je l'avais espéré; après quinze jours et plus d'état assez consolant, cette femme fut saisie d'une fièvre aiguë, et, cette fièvre faisant des progrès rapides, je la trouvai le 6 février avec une langue sèche, une soif ardente et des douleurs universelles, le ventre un peu météorisé; il y avait une insomnie absolue et une agitation continuelle; de plus les extrémités inférieures étaient œdématiées, particulièrement la droite; il y avait à la malléole interne du même côté deux phlyctènes avec une tache livide, et toute la jambe était tendue et si douloureuse qu'il n'était pas possible de la toucher, au moins dans sa partie inférieure. Je crus la malade sans ressource, et avec d'autant plus de raison que j'avais lieu de craindre une résorption de pus et un épanchement de la même matière dans le bas-ventre et sur toute la cuisse, notamment vers l'articulation de la tête du fémur, soit parce que la malade souffrait excessivement dans cette partie, soit par la suppression de deux fusées qui aboutissaient à l'ulcère, et dont l'une venait de l'aine droite et l'autre avait sa direction vers le grand trochanter. Cependant j'employai les remèdes intérieurs propres à diminuer le foyer de suppuration, et les remèdes extérieurs propres à prévenir la putréfaction. Le 10,

la malade fut purgée et rendit une douzaine de vers; le 11, les douleurs devinrent des plus vives, et la malade tomba dans l'agonie jusqu'au matin du 12 qu'elle mourut.

« Les douleurs que la malade avait éprouvées avant de s'aliter, leur intensité pendant la nuit, l'inconduite dans laquelle cette femme avait vécu, m'avaient fait présumer un virus caché depuis long-temps. Pour éclaircir mes doutes et voir par quelle espèce de vice et de désorganisation la mort était arrivée, j'ai fait faire l'ouverture du cadavre, dont voici le détail :

« Afin de ne point changer l'état des parties, je fis introduire la sonde dans les traînées qu'avait faites le pus. En commençant par l'ouverture qui était à l'aine droite, on ne peut pas faire parvenir la sonde dans la capacité du bas-ventre, mais il s'en fallut peu, puisqu'elle traversa sans peine jusqu'au tissu cellulaire qui couvre les muscles psoas. La seconde ouverture conduisit jusqu'auprès du grand trochanter, où nous trouvâmes un endroit rempli de pus sous le muscle *fascia lata*. Ayant ouvert la cuisse dans toute sa longueur, tout le tissu cellulaire parut imbibé d'une sanie ichoreuse ; le tissu cellulaire du reste du corps était presque généralement imbibé de cette humeur qui était plus abondante au bas-ventre que partout ailleurs. Il n'y avait pas le moindre épanchement dans la capacité abdominale, les intestins étaient en bon état; mais ayant enlevé le foie pour découvrir le rein, nous vîmes ce dernier viscère adhérent au rein dans toute sa surface et faisant corps, pour ainsi dire, avec lui; le rein, détaché et coupé en long, formait un corps ferme entièrement graisseux et sans vaisseaux apparens. Parvenus au bassinet, nous y trouvâmes une pierre grosse comme une fève de marais, dure et raboteuse. Il y avait, dans l'intervalle des aspérités, une matière purulente, et cette pierre avait un prolongement en forme de piédestal, par lequel elle s'adaptait à l'entrée de l'uretère; mais ce qui est plus étonnant, c'est que nous trouvâmes de plus, dans la substance du rein, trois vers en vie, qui avaient trois pouces et demi de long. En poussant nos recherches plus loin, vers l'épine lombaire, notre étonnement augmenta encore en découvrant trois autres vers, longs de deux

à sept pouces, qui étaient fixés et comme lardés dans la substance des muscles, et en trouant l'épine cariée vers l'attache des piliers du diaphragme, à la première vertèbre des lombes. Du reste, les viscères du bas-ventre ne présentaient aucune particularité, si ce n'est que le rein gauche était très volumineux; le foie très gros et très dur, et que la rate, devenue aussi très volumineuse, était à moitié putréfiée. »

§ 942. Quelques personnes ont rapporté aux strongles ou à d'autres vers, les corps vermiformes ou les vers que disent avoir constatés dans l'urine les auteurs des observations suivantes. Pour moi, ces cas me paraissent très douteux, les caractères de ces prétendus vers étant très incomplètement exprimés. Toutefois, j'ai cru que rappeler ces faits incomplets ne serait pas inutile à des études ultérieures.

Obs. III. — Vers ou corps vermineux rendus avec l'urine par un nègre (Chapotain. *Topographie de l'Ile-de-France*, in-4°, Paris, p. 59).

«M. Hervé, propriétaire au quartier des Pampelmousses, avait chez lui un nègre qui rendait depuis quelque temps du sang et des vers avec les urines : c'était un Malgache âgé de 20 ans, assez maigre, d'un appétit vorace, et ne désirant que des substances animales presque désorganisées par la putréfaction. Il fut conduit à la ville, afin de pouvoir suivre plus assidument son état et mieux constater la réalité de la maladie.

« Quoique l'on n'espérât pas beaucoup des anthelmintiques administrés intérieurement et sous forme de lavement, ils furent cependant employés, mais sans effet. Les injections de vermifuges dans la vessie, telles que l'eau éthérée, les décoctions avec la racine du lilas de Chine (mellia), celle des différentes parties du papayer, le lait de la peau de son fruit rendu miscible à l'eau, ne firent qu'occasioner des douleurs insupportables qui obligeaient le patient à rejeter sur-le-champ l'injection, et, si les vers étaient expulsés en même temps, ils étaient toujours vivans. L'eau froide n'excitant pas de douleurs aussi vives, le malade put la conserver dans l'intérieur

de la vessie; les vers qui furent ensuite rendus ne sortirent que morts, ils étaient longs de trois à quatre centimètres et avaient une parfaite analogie avec les lombrics. Le malade en rendit quinze dans l'espace de cinquante jours que dura ce traitement, qui suffit à sa guérison. Six mois après il en sortit encore quelques-uns, et on parvint à le guérir en renouvelant pendant quelques jours les injections d'eau froide dans la vessie. Deux ans et demi après cette indisposition, ce noir existait, mais dans le dernier degré de marasme : cet état paraissait être le résultat de la nourriture de substances animales en fermentation putride dont on n'avait pu le déshabituer, et non celui de la maladie vermineuse qui n'avait pas reparu.

« § 943. M. Manche rapporte qu'un petit garçon de six à sept ans, qui appartient à un bourgeois de son quartier, a vidé par la verge un ver velu, long de sept à huit travers de doigt et gros à proportion, et cela après avoir souffert, de temps en temps, près d'une année, de fort grandes douleurs à la région des reins. A la fin elles devinrent assez continuelles et assez violentes, pour lui causer quelques mouvemens convulsifs qui durèrent jusqu'à ce que le ver eût été rendu avec quelque peu de sang caillé qui sortit peu après.

§ 944. Aux cas douteux, il faut encore rapporter le fait suivant : « M. Landouillette, en faisant des expériences sur une chienne vivante, trouva, dans le rein gauche, un ver de la grosseur des plus grosses plumes de cigne, et long d'environ trois quarts d'aune. La tête de ce ver n'était distinguée de la queue que par sa grosseur, et il occupait si peu de place dans ce rein, qu'à peine l'avait-il rendu un peu plus gros que l'autre, quoiqu'il en eût rongé la substance, de sorte qu'il n'en était demeuré, pour ainsi dire, que ses membranes, sans que néanmoins la conformation ni la situation des vaisseaux émulgens ni de l'uretère fussent en rien changés, et sans que celui à qui cette chienne appartenait se fût aperçu qu'elle eût jeté du sang en urinant. »

§ 945. Il est difficile de dire aussi si le corps vermiforme rendu par les voies urinaires dans le cas suivant était un strongle, un véritable ver, ou une concrétion fibrineuse. La

figure ajoutée à cette observation ne ressemble à aucun animal connu (1).

« Le R. P. Camerier, prédicateur capucin, fut surpris dans la ville de Fare, d'une perte de sang considérable, qui sortit durant treize mois par les voies urinaires, quelquefois liquide et d'autres fois en grumeaux. Un des plus habiles médecins de cette ville lui donna les remèdes ordinaires à cette hémorrhagie ; mais comme ils n'avaient pas tout le succès qu'on souhaitait, on transporta ce malade à Pezare, pour estre traité par le premier médecin de son A. S. de Florence. Ce savant médecin jugea par la douleur qui était fixe à la région des reins, et par les autres accidens dont cette perte de sang était accompagnée, qu'elle était dépendante d'un ulcère dans ces parties ; et dans cette pensée il crust que, bien loin d'employer les astringens pour l'arrester, les destersifs estaient nécessaires pour mondifier l'ulcère, et pour le disposer à la consolidation. L'effet de ces destersifs parut dès le premier jour, car les urines devinrent troubles, sanguinolentes et pleines de filamens. On en continua l'usage dans les jours suivans, et dans le troisième ils poussèrent dehors, du moins une livre et demie de sang en grumeaux, parmi lesquels il y avait une fort grande quantité de flocons de vers ronds, bruns et longs de deux ou trois travers de doigts. Le malade sentait de temps en temps comme un détachement de matière qui semblait se séparer du rein droit, et descendre dans la vessie par l'uretère. Il commença, néanmoins, dès-lors à rendre des urines assez claires, et pendant tout le quatrième jour, il ne ressentit que de légères douleurs ; mais le cinquième, il commença à perdre du sang avec abondance ; il jeta de nouveaux flocons de vers, et il ressentit des douleurs qui lui semblaient être causées par l'extension de l'uretère, et qui étaient si violentes, qu'elles firent désespérer

(1) *Extrait d'une relation imprimée à Pesaro, au duché de Florence, contenant l'histoire d'un prodige arrivé en la personne d'un père capucin, le* 4 *avril* 1677. — *Les nouvelles découvertes sur toutes les parties de la médecine recueillies en l'année* 1679, par N. D. B., chirurgien du roi, maistre et juré à Paris (à Paris, chez Laurent d'Houdy, 1679, p. 135).

de sa vie. Cependant ses forces était un peu revenues, elles lui donnèrent lieu de résister à un bien plus cruel redoublement, car, le jour suivant, la perte du sang s'augmenta, et il souffrit pendant trois heures des douleurs et des envies d'uriner si rudes et si continuelles, qu'elles le réduisirent à la dernière extrémité. Enfin, après y avoir trouvé quelque peu de relâche, elles se redoublèrent de nouveau, et on vit sortir dans ce moment, par l'urèthre, l'extrémité d'un corps dont on ne put pas bien déterminer la forme, et qui causa la suppression des urines en bouchant ce canal. Le malade s'étant efforcé de le tirer dehors avec la main, il demeura pendant une heure dans un accablement qui lui fit regarder la mort comme un terme inévitable de son mal. Cependant la nature fit un dernier effort contre son attente, qui le délivra de tous ses maux, en expulsant au-dehors une grande abondance de sang, avec le reste du corps qui s'était présenté, qu'on trouva long d'une palme de main, et pesant deux onces romaines. D'abord on eut peine à reconnaistre ce que c'estait, parce qu'il estait tout couvert de sang et d'autres immondices; mais après l'avoir bien lavé dans l'eau claire, on vit que c'était un animal ayant la teste, la couleur et généralement la forme extérieure d'une petite vipère, comme on peut le voir dans la figure suivante, où il est représenté avec toutes ses dimensions. Pour ce qui est des parties internes, il ne fut pas possible de les connoistre, parce qu'avant qu'on se fût avisé d'en faire la dissection, on l'avait laissé dans l'eau durant quelques jours, d'où on le tira à moitié pourri. On assure néanmoins qu'à l'aide du microscope, on reconnut que ses intestins étaient semblables à de petits filamens. »

Spiroptère de l'homme.

§ 946. On trouve quelquefois entre les tuniques de l'estomac des mammifères et surtout des oiseaux des vers, très voisins des strongles (les *spiroptères* (1)), et auxquels, suivant Bremser

(1) *Spiroptères.* Corps cylindrique, finement annelé, élastique, atténué

et Rudolphi, on pourrait rapporter les vers observés par MM. Barnett et Lawrence chez une femme qui les rendait avec ses urines (s'il était bien démontré toutefois, que ces corps étaient de véritables vers).

M. le docteur Negri m'a fait voir plusieurs de ces vers, conservés dans l'alcool. Tous avaient une même forme, le corps cylindrique, annelé, décoloré, d'une ligne de diamètre, de deux pouces de long, atténué aux deux extrémités et étranglé vers le milieu de sa longueur. Je n'ai pu y découvrir ni bouche, ni organes sexuels; parties qu'on distingue facilement dans les strongles et les véritables spiroptères. Mais d'un autre côté, plus je les examinais avec soin, plus j'étais frappé de leur forme constamment la même. La fibrine en se coagulant dans les uretères, dans des cas d'hémorrhagies rénales, prend souvent la forme d'un ver, mais il est rare que ces concrétions se montrent avec une forme si constante, et il est plus rare encore de voir un aussi grand nombre de concrétions être rejetées au dehors, sans hémorrhagie rénale abondante; en outre M. Barnett a vu plusieurs de ces petits vers vivre pendant quarante huit heures dans de l'eau tiède. Bremser, qui ne doute pas que ce ne fussent de véritables animaux, mais incertain sur leur caractère, pense qu'il se pourrait que ce fussent de jeunes strongles.

Rudolphi ayant fait mention de ces petits vers sous le nom de *spiroptera hominis*, je me suis cru autorisé à reproduire ici l'observation de MM. Barnett et Lawrence (1).

Marie Pearson, âgée de 24 ans, fille d'une bonne et forte constitution, fut saisie, dans l'hiver de 1806, d'une rétention

aux deux extrémités; bouche orbiculaire; queue du mâle roulée en spirale, garnie d'ailes latérales entre lesquelles sort un organe génital unique. Les plus grands atteignent à peine trois pouces, et la plupart sont beaucoup plus petits.

(1) *Cas d'une femme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urèthre*, par W. Lawrence, chirurgien assistant et démonstrateur d'anatomie à l'hôpital Saint-Barthelomée, lu le 12 novembre 1812 (*Medic. chirurg. trans.*, t. II, 3e édit., p. 385).

d'urine qui nécessita l'emploi journalier du cathéter. Sa position l'obligea d'entrer dans un hôpital, elle se plaignait d'un grand poids à la vessie, de douleurs dans les aines, d'engourdissement dans les cuisses; elle urinait rarement, et chaque fois, elle rendait seulement quelques gouttes d'urine mêlées de sang. On pensa qu'il existait un calcul dans la vessie. Mais l'exploration par la soude n'en fournit aucun indice. Après être restée à l'hôpital un temps considérable sans aucun soulagement, elle en sortit et se plaça sous la direction d'un médecin qui pratiqua le cathétérisme deux fois par jour. Elle entra ensuite dans un autre hôpital, où l'on eut la même opinion sur la nature de sa maladie. Dans l'été de 1809, elle se confia aux soins de M. Barnett, et lui apprit ce qui précède. Alors sa constitution était épuisée, elle était très maigre; sa langue était chargée, et offrait souvent un aspect typhoïde, l'appétit était entièrement perdu, elle se plaignait de douleurs dans les aines et la vessie, et n'avait urinée depuis six mois qu'à l'aide du cathéter. Elle était saisie de violentes douleurs si l'emploi du cathéter était suspendu. Alors la douleur et la chaleur brûlante de la vessie, étaient très intenses. On employa des sangsues, des fomentations sur la région de la vessie, le bas-ventre fut réglé par l'huile de ricin et de l'oreille d'ours prises journellement; par ces moyens on obtint de l'urine donnant un sédiment furfuracé.

Les symptômes qui indiquaient l'existence d'une irritation de la vessie existaient encore. M. Barnett introduisit la sonde, mais sans trouver aucun signe de pierre. Cet examen causa beaucoup de douleur, et donna à la malade la même sensation, que si l'instrument avait frappé contre une balle au sommet de la vessie. De ce moment le sentiment de pesanteur devint plus considérable. Cette femme sentit une fluctuation au dedans d'elle-même, comme si quelque chose s'y mouvait. Cet état était si douloureux, qu'elle fut obligée de rester constamment au lit, et elle y est restée depuis presque constamment. La quantité de l'urine avait considérablement diminué. Il avait été nécessaire d'abord d'employer le cathéter deux fois par jour, puis une fois, puis tous les deux jours, et enfin tous les trois

jours seulement. La malade alla jusqu'au commencement d'août, employant les moyens qui sont généralement conseillés dans les affections de la vessie, sans éprouver le plus léger soulagement. Sa constitution s'altérait de plus en plus; elle était incapable de se lever, et elle avait une douleur de tête continuelle, qu'elle n'avait jamais ressentie auparavant. Le moindre bruit l'agitait; l'appétit avait entièrement disparu; elle ne prenait que des alimens liquides, et en très petite quantité; elle ne pouvait dormir sans de fortes doses d'opium. La fluctuation dans la vessie était plus prononcée, et, d'après la malade, assez forte pour être sentie avec la main. La vessie restait distendue, même après qu'on en avait extrait l'urine, et si sensible, que le poids des couvertures ne pouvait être supporté. Un nouvel examen fut encore fait, très attentivement avec la sonde, et produisit comme auparavant la sensation qu'eût produite la percussion contre une *balle* dans la vessie. Cet examen fut suivi d'un violent accès de convulsions, dans lequel la malade était si agitée, que cinq à six personnes étaient nécessaires pour la tenir.

Elle était dans une grande angoisse, comme une personne atteinte de tétanos. Elle resta près d'une demi-heure totalement insensible à ce qui se passait autour d'elle, et, en revenant à elle, elle dit que le corps qu'elle sentait dans la vessie avait été entièrement détaché, par l'instrument, du sommet de la vessie, et qu'il pressait très pesamment sur son col. Depuis cette époque, de semblables accès ont eu lieu fréquemment. Pour prévenir les accidens de la distension de la vessie pendant la nuit, deux onces d'urine seulement ayant été extraites pendant l'examen, une sonde fut laissée dans la vessie; la malade passa la nuit sans repos. Les contractions de la vessie furent très douloureuses, et, quoique l'urine fût rendue aussitôt qu'elle était sécrétée, cet organe paraissait très volumineux. M. Barnett fut surpris, en retirant la sonde, de trouver un corps qui lui parut un ver rond, engagé dans son ouverture. Il était du volume d'un fuseau à dentelle, d'un pouce et demi de long, et de couleur blanche. M. Barnett me fit voir ce cas. Le cathétérisme, pratiqué avec soin, nous fournit les mêmes résultats qu'aupa-

ravant, et nous convînmes qu'une sonde serait laissée dans la vessie, afin d'obtenir de nouvelles lumières sur la cause des souffrances de la malade. Trois vers furent expulsés; deux étaient engagés dans l'orifice de l'instrument, et le troisième roulé en peloton, à son extrémité.

Ayant alors quelques données sur la cause des symptômes, je suggérai à M. Barnett d'essayer de l'enlever, en dilatant l'urèthre d'après le procédé recommandé par M. Thomas dans le premier volume des Transactions médico-chirurgicales; mais les souffrances de la malade furent si vives, qu'on ne put pas le continuer aussi long-temps qu'il l'aurait fallu. Les heureux effets de l'huile de térébenthine dans des cas de tænia, nous engagèrent à essayer de ce médicament; on en donna deux dragmes le soir, dans un peu de bière tiède. L'huile ne produisit pas d'autre sensation qu'une chaleur désagréable à l'estomac. L'influence de ce médicament sur la sécrétion urinaire fut très remarquable. La vessie était péniblement distendue le lendemain matin, quoiqu'on l'eût vidée la veille au soir. Tandis qu'à cette époque le cathétérisme était employé seulement tous les trois jours, une pinte et demie d'urine fut évacuée; une quantité double de ce médicament fut employé dans la soirée, et ne produisit pas d'autre effet qu'une transpiration abondante pendant la nuit, et un besoin d'uriner. Le lendemain la malade ne fit pas d'effort pour aider à cette disposition, car le peu de temps qui s'était écoulé depuis l'emploi du cathétérisme, lui fit supposer que cette tentative était inutile. Le besoin devint à la fin si urgent, qu'elle y céda, et rendit une pinte et demie d'urine, contenant quatre vers. C'était la seule évacuation naturelle d'urine qu'elle eût eu depuis que M. Barnett la soignait. La suite de ce traitement ne répondit pas à ces flatteuses apparences. Le médicament, la quatrième fois qu'il fut employé, produisit une violente douleur de tête, qui fut suivie d'érysipèle de tout le corps, mais en particulier de la face. Toutes les tentatives subséquentes pour l'employer, même à doses moins fortes, furent suivies d'un retour des mêmes accidens. Depuis le premier emploi de l'huile de térébenthine, la santé générale était devenue meilleure. La

malade avait recouvré l'appétit, reposé la nuit sans opium. Les sensations de la vessie étaient moins douloureuses, et elle pouvait se lever quatre à cinq heures par jour. M. Barnett injecta alors dans la vessie une liqueur composée de parties égales d'huile de térébenthine et d'eau, qui produisit seulement, d'après l'expression de la malade, un accroissement d'agitation des vers. En retirant la sonde, il en sortit quatre. La répétition de cette injection produisit la même irritation constitutionnelle, et l'inflammation érysipélateuse que l'emploi de ce médicament avait déterminée, et l'accès qui avait auparavant occasioné tant de souffrances se renouvela.

Ces moyens ayant échoué, M. Barnett introduisit, le 22 février, une large sonde ouverte à son extrémité, mais garnie d'un stylet qui en remplissait l'orifice pendant son introduction; en retirant le stylet, un libre passage était ouvert aux matières contenues dans la vessie. En moins d'une demi-heure, neuf vers sortirent avec une cuillerée à café de matière sablonneuse. Quatre de ces vers avaient cinq pouces et demi de long. Cinq vers sortirent le 24, un le 25. La nuit suivante, la malade n'eut pas de repos, et les contractions de la vessie furent assez douloureuses pour occasioner un accès. Le 28, trois vers furent rendus. Le 2 mars, il en sortit neuf grands; le 6, quatre; le 9, cinq, le 17, quatre; le 23, deux; le 5 avril, sept; le 6, sept. Le 12 avril, une liqueur composée de parties égales d'huile de térébenthine et d'eau ayant été injectée, douze vers sortirent. Le 17, on injecta trois parties d'huile de térébenthine et une d'eau, et treize vers furent expulsés. Le 20, on injecta de l'huile de térébenthine pure, et dix vers sortirent. De légers mouvemens d'ondulation furent observés dans ceux-ci; mais ces vers étaient ordinairement morts. Quelquefois les vers qui sortaient par le cathéter cheminaient dans le lit de la malade jusqu'à ses pieds. Elle continua à rendre des vers de la même manière, et M. Barnett suppose qu'il y en eut plus de six cents de rendus. Une fois il sortit une portion de mucus qui enveloppait plusieurs petits vers d'un demi-pouce à un pouce de long, qui vécurent trois jours dans l'urine et s'y mouvaient vivement.

En avril 1811, cette femme était dans le même état. Le cathétérisme est pratiqué tous les trois jours; l'urine est en petite quantité; des vers sortent toujours en plus ou moins grand nombre : vingt-deux est le plus grand nombre qui en ait été expulsé à-la-fois, excepté lorsque les petits vers sortaient. M. Barnett a fait dernièrement des injections d'huile d'olive : l'irritation et les accès semblent moins grands après son emploi et moins violens. Les vers sont toujours expulsés, que l'on fasse ou non des injections; mais ils sortent en plus grand nombre lorsqu'on en pratique.

Octobre 1811. Un large abcès s'est formé près du vagin en juin. Il fut accompagné de symptômes constitutionnels; la malade s'affaiblissait lorsqu'il s'ouvrit dans cette cavité; cette ouverture fut suivie d'un très grand soulagement. Une grande quantité de pus de mauvaise nature fut jetée en dehors, et huit ou dix vers l'ont été depuis chaque jour. Une fois on remarqua l'issue d'un ver. Cette femme est passablement bien à présent; elle a bon appétit, mais ne peut pas se mouvoir. Elle rend des vers avec l'urine, et a parfois des accès comme autrefois. Le nombre des vers rendus passe 800 à 1000.

On a représenté les grands et les petits vers de grandeur naturelle; les derniers furent rendus seulement une fois. Les grands vers ont ordinairement de quatre à six pouces de long; le plus long avait huit pouces. Ils sont minces au milieu, où ils paraissaient ordinairement étranglés et comme près de se rompre. Ils s'accroissent graduellement de ce point dans deux directions, et décroissent encore aux extrémités quand on les place dans l'eau après une immersion dans l'alcool; ils sont ployés à ce point du milieu. Leur surface offre un double rang de petites protubérances, et leur corps dégénère en une extrémité pointue et amincie. Le côté opposé du corps est creusé et a deux bords élevés quand il est coupé traversalement; sa forme est entièrement carrée. Ils sont mous au moment de leur sortie et de couleur jaunâtre. Je n'ai pu découvrir aucun arrangement d'organe élémentaire à la dissection; le corps semble partout homogène, et des observations microscopiques soigneuses n'ont rien fait découvrir de plus.

Les plus petits vers, semi-transparens lors de leur sortie, devenaient parfaitement opaques par leur immersion dans l'alcool. Leur forme est arrondie et les deux extrémités pointues, et leur examen à l'aide du microscope n'a rien appris. (1)

Dactylius aculeatus.

§ 947. M. J.-B. Curling, chirurgien en second à l'hôpital de Londres, a décrit une nouvelle espèce de vers (2) rendus avec l'urine. Voici le fait :

« Une jeune fille de cinq ans, jusqu'alors bien portante, éprouva, en 1837, une pneumonie sub-aiguë; à plusieurs reprises elle avait rendu, par les selles, de petits ascarides. Au commencement de mai, elle maigrit, et fut prise de toux. La fièvre avait le caractère rémittent; les urines étaient fort troubles. Un traitement bien dirigé fit disparaître ces accidens, et l'urine reprit sa couleur normale. Le 26 mai, on trouva dans les urines quelques petits vers; il en fut de même les jours suivans. Le 1er de juin, elle rendit par les selles quelques ascarides, mais ce jour et le suivant les urines n'offrirent plus rien. On constata de nouveau la présence d'entozoaires dans les urines, le 3 juin; et quelques-uns s'étaient présentés seuls à l'orifice de l'urèthre, pendant le courant de la journée. Cet enfant se rétablit rapidement, et n'eut aucune affection des voies urinaires. L'urine qui contenait ces vers était très colorée et légèrement acide; lorsqu'ils s'échappaient les premiers, ils flottaient séparément dans l'urine; mais bientôt ils se réunissaient et se formaient en peloton. Ils étaient transparens, et l'on pouvait facilement distinguer, à l'œil, à travers leurs en-

(1) M. Lawrence renvoie ici aux figures qu'il a données de ces vers. M. le docteur Negri m'en ayant remis un, je l'ai fait dessiner (Atlas, Pl. xxviii, fig. 7).

(2) *Case of a girl who voided from the urethra a number of entozootic worms not hitherto described with an account of the animals*, by T. B. Curling, 1839, fig. (Med. chir. Transact. London, t. xxii, 1839).—*Archives générales de médecine*, 1840, 4e série, vol. vii, p. 497.

veloppes, le canal digestif et les autres organes; plongés dans l'alcool, ils devinrent blancs et opaques. Il y en avait de deux espèces, des grands et des petits: les premiers étaient plus nombreux.

« Convaincu qu'ils n'avaient pas encore été décrits, et pensant qu'ils pouvaient constituer les larves de quelque insecte introduit par hasard dans l'économie, l'auteur les examina au microscope, et reconnut qu'il avait affaire à de véritables entozoaires, d'une belle organisation, et de la classe des nématoïdes de Rodolphi. Plus tard, il les étudia avec le professeur Owen et M. Quekett.

« Cet entozoaire est d'une couleur claire; sa forme est cylindroïde, annelée, et légèrement conoïde à ses extrémités. La femelle a environ quatre cinquièmes de pouce de longueur; le mâle, comme cela se voit dans beaucoup d'espèces de la classe des nématoïdes, est plus petit, et n'offre que deux cinquièmes de pouce environ de longueur. La tête est obtuse et tronquée, la bouche orbiculaire; le cou est distinctement annelé. Leur enveloppe est fine et transparente; elle offre deux couches de fibres que je crois de nature musculaire, l'une circulaire, l'autre longitudinale; elle est de plus recouverte d'un grand nombre d'épines pointues, disposées par faisceaux de trois ou quatre à-la-fois, et placées à des distances égales. Au micromètre, je trouvai d'un cinquantième à un soixante-dixième de pouce d'écartement, environ, entre les faisceaux d'aiguillons. Ils manquaient seulement dans un petit espace; leurs pointes étaient dirigées en bas dans la partie antérieure, en haut dans la partie postérieure du corps, et l'on pouvait facilement distinguer les mouvemens qu'ils offraient. Le tube alimentaire, examiné sur une femelle, me parut commencer à la bouche, par trois petits conduits sinueux, se réunissant ensuite pour former un canal unique, qui s'élargissait en avançant, et se terminait par une ouverture trilobée.... Aux environs du tube digestif, j'ai remarqué, surtout chez la femelle, un canal marqué de bandes transversales, et qui me parut animé de mouvemens particuliers, comme pulsatoires. M. Owen compta que ces pulsations arrivaient au nombre de huit en douze secon-

des. Il pense que ce tube est analogue à l'artère dorsale des annélides.... La structure de la femelle est plus compliquée; la vulve est située vers l'extrémité antérieure, à un cinquième de pouce environ de la tête.... Entre ces deux points, nous avons constamment remarqué deux corps ou glandes renfermant des granulations ovalaires. Les oviductes sont formés par deux tubes tortueux. Nous n'avons pu distinguer sur les sujets mâles aucun organe pouvant être attribué à l'appareil génital.

« Ces vers sont évidemment de la classe des nématoïdes, de Rudolphi, mais ils diffèrent de tous les genres connus dans cette classe; nous proposons donc un nouveau genre pour ces animaux, sous le nom de *Dactylius*, avec les caractères suivans :

« *Corpus teres, elasticum, annulatum et utrinque attenuatum, caput obtusum, os orbiculare, anus trilabiatus.*

Dactylius aculeatus. *Capite obtuso, toto corpore aculeorum serie multiplici armato, cauda obtusa et annulata. Habitat in vesica urinaria.* »

Corps étrangers dans les reins.

§ 948. Il est rare de rencontrer dans les reins ou dans le bassinet, des corps étrangers autres que des calculs, des vers, du sang épanché, de l'urine ou une tumeur aqueuse (*Voyez* Pyélite, Vers dans les reins, Hémorrhagie rénale, Hydronéphrose). Cependant on a trouvé, dans les reins ou leur voisinage, des corps étrangers provenant du dehors. Ainsi on a vu un instrument très aigu se briser dans une plaie des lombes; on a extrait, sur le vivant ou après la mort, des balles logées près des reins, après un coup de feu reçu aux lombes; on a vu, quelques semaines après, une petite masse irrégulière formée par du drap, sortir par l'urèthre. D'un autre côté, on a vu un épi de blé introduit par l'urèthre dans les voies urinaires sortir par les lombes, sans qu'on puisse dire quel trajet il avait suivi. Enfin, on a rapporté plusieurs cas dans lesquels des individus, après avoir avalé des aiguilles, les ont rendues par l'urèthre, mais il est probable que ces corps étrangers avaient pénétré directement dans la vessie.

Gangrène des reins.

§ 949. Déjà en traitant de la néphrite simple, de la néphrite par poisons morbides et de la pyélite, j'ai fait mention de la gangrène des reins, comme terminaison de ces maladies. A cette occasion les symptômes de cette altération des reins ont été également indiqués. La gangrène des reins est extrêmement rare chez l'homme. Je ne l'ai jamais observée comme affection primitive, essentielle; toujours elle était symptomatique, soit d'une affection générale de nature charbonneuse, soit de l'état puerpéral, soit d'un épanchement urineux dans le rein, en des cas de pyélite calculeuse, soit enfin d'une affection gangréneuse du bassinet produite par une rétention d'urine insurmontable. Chez les ruminans la gangrène des reins est peut-être moins rare. Dans le charbon du bœuf (voyez tome II, page 3 en note), le rein est quelquefois frappé de gangrène sans offrir de gonflement, de dépôt de pus, ni aucun autre caractère d'un état inflammatoire.

Reins surnuméraires.

§ 950. Chez l'homme, on a quelquefois trouvé plus de deux reins. Eustachi (1) a trouvé *trois reins*, dont un était à sa place ordinaire, avait sa forme normale et ses vaisseaux; le second était petit, triangulaire et sans uretère; le troisième rein, placé du côté gauche sur les vertèbres des lombes, était presque quadrangulaire et avait ses vaisseaux et son uretère. Blaes (2) a vu deux reins placés du côté gauche, dont chacun avait ses vaisseaux et son uretère séparés. Botal (3) a vu *quatre reins* qui étaient liés ensemble, mais dont chacun avait son bassinet

(1) Eustachi. *De renum structurâ*, cap. x.

(2) Blasii. *Obs. anatom.*, p. 130, tab. xv, fig. 16. — *Obs. medic. rarior.*, Part. iv, obs. xvi, p. 51. — Tab. vi, fig. 9.

(3) Botal. *De monstroso rene*, p. 137. — Ce fait est reproduit par Blaes (Bellini, *De structura renum*). Sur la figure on ne reconnaît pas les quatre reins indiqués, mais seulement deux reins réunis, et un troisième dans le point de leur fusion.

séparé et ses vaisseaux particuliers. Gemma (1) et Delestang (2) rapportent des exemples de quatre reins.

Haller (3) a cité plusieurs cas de reins surnuméraires. Cependant il remarque qu'on peut avoir pris un ganglion scarifié ou deux parties d'un rein jointes faiblement ensemble pour un véritable rein surnuméraire. Tel était peut-être le cas cité par Eustachi, et dans lequel le rein surnuméraire n'avait ni vaisseaux ni uretère propre.

Comhaire rapporte que Dupuytren avait trouvé, sur un sujet, une masse composée de trois reins, deux latéraux et un médian avec trois uretères. Bauchêne (4) a donné une description très détaillée d'un semblable cas, et notamment de la disposition des vaisseaux et des uretères.

J'ai observé deux cas bien tranchés de *trois reins* : dans l'un, les trois reins étaient réunis et disposés en fer-à-cheval sur la colonne vertébrale (Atlas. Pl. xxxix, fig. 2).

L'autre cas était encore plus remarquable : deux reins existaient du côté droit, et le troisième, distendu par du pus, était transformé en une énorme poche, qui du flanc s'étendait jusqu'à l'aine, de manière à simuler un vaste abcès par congestion (Atlas. Pl. xix).

§ 951. Gavard a vu, sur le cadavre d'un sujet âgé d'environ 40 ans, trois reins, dont les deux latéraux occupaient leur place ordinaire, tandis que le troisième, couché en travers au-devant de la colonne vertébrale, se confondait un peu, par ses extrémités, avec les deux autres. Chacun de ces reins avait son conduit excréteur et ses vaisseaux sanguins particuliers; mais l'uretère du rein du milieu, au lieu d'aboutir à la vessie, s'ouvrait dans l'uretère droit, qui, au-dessous de cette embouchure, c'est-à-dire dans son tiers inférieur, était d'un calibre plus grand que dans les deux tiers supérieurs.

(1) Gemma. *Lib.* II, *p.* 75, artis. Cyclognom. — *Ibid.* Lib. I. Cap. VI. Cosmocrit. — Schenck. *Obs. medic.* I. obs. 173, p. 300.

(2) Bartholin. *Acta med. et philos. Hafniensis,* ann. 1674 et 1675, t. III, obs. VII, p. 12.

(3) Haller. *Element. physiol.*, t. VII, p. 243.

(4) *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris,* in-8°, t. II, 1810, p. 30.

Aucune observation ne prouve que la sécrétion urinaire ait été *exagérée* dans les cas de reins surnuméraires.

Enfin, M. César Hawkins (1) a publié une observation de tumeur aqueuse enkystée du rein avec un rein surnuméraire.

Absence des reins.

§ 952. *L'absence des deux reins* a été plusieurs fois constatée chez les fœtus, chez l'enfant à terme, et une fois (obs. de M. Moulon) chez une jeune fille adulte, si ce fait a été réellement bien observé.

§ 953. Béclard (2) dit que les reins manquent souvent chez les fœtus acéphales, mais qu'ils existent, ou au moins l'un d'eux, quand il y a une partie d'une certaine longueur de la colonne vertébrale.

Everhard, Gilibert, Bracq, Heuermann, Buttner, Deleurye, sont les seuls auteurs qui disent positivement n'avoir point trouvé de reins chez les acéphales. On a cité aussi, comme exemple de l'absence des reins, les acéphales d'Odhelius, de Cooper, de Clarke et de Prochaska; mais, suivant la remarque de M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire (3), Odhelius et Clarke ne disent rien des reins; Prochaska décrit comme poumons des organes qui paraissent n'être autre chose que des reins; enfin, Cooper mentionne positivement l'existence de ces organes.

§ 954. M. le docteur Mayer, de Bonn, a publié dans le *Zeitschrift für Physiologie*, de François Tiedmann (t. II, premier cahier) (4), une observation remarquable d'absence du système urinaire.

On apporta à ce professeur un enfant mort-né, qui parais-

(1) *Medico-chirurgical transactions*, vol. XVIII, 1833, part. I.

(2) Béclard. *Mém. sur les acéphales* (Bullet. de la Faculté de méd. de Paris, t. VI, p. 497).

(3) Geoffroy Saint-Hilaire (Isidore). *Histoire des anomalies de l'organisaon*, in-8, Paris, t. II, p. 512.

(4) *Journal des progres*, t. IV, 1827, p. 281.

sait à terme et présentait plusieurs vices de conformation. Le cordon ombilical ne renfermait qu'une artère; le sommet de la tête était aplati; l'œil droit était cataracté, et les extrémités inférieures offraient quelques anomalies de forme, entre autres l'absence de deux orteils au pied droit. A la place des parties génitales externes, on ne trouvait qu'un petit sac pédiculé de tissu cellulaire, et qui ressemblait assez bien à une figue. Il n'existait pas de trace de l'anus. La vésicule biliaire manquait. Le canal intestinal se terminait tout-à-coup au colon descendant, et en conséquence il n'y avait ni S iliaque ni rectum. Le colon présentait un diverticule terminé en cul-de-sac, et en outre un cordon assez analogue à l'ouraque qui se dirigeait vers l'ombilic, mais s'oblitérait après un trajet de quatre lignes. *Les reins, les uretères et la vessie manquaient complètement*; en échange, les capsules surrénales étaient deux fois aussi grosses que de coutume, et dans leur état normal. Les testicules, moitié plus petits qu'à l'ordinaire, se trouvaient dans le voisinage des capsules surrénales. Les épididymes existaient aussi, mais les canaux déférens se terminaient dans le tissu cellulaire, et dans la tunique séreuse. Nul vestige des vésicules séminales et de la prostate, non plus que des parties génitales externes, que remplaçait l'espèce de sac dont nous avons parlé. L'aorte abdominale donnait des artères cœliaques et mésentériques supérieures, point d'artères rénales, deux très petites artères capsulaires. La mésentérique inférieure existait aussi. L'aorte elle-même se divisait au devant de la première vertèbre des lombes. Les artères iliaques, dont la droite, plus forte que la gauche, fournissait seule l'artère ombilicale unique, se divisaient, comme de coutume, en hypogastrique et en crurale.

Le cerveau était encore plus déprimé que le crâne, et en était séparé par un intervalle de deux lignes. Plusieurs de ses circonvolutions avaient une consistance cartilagineuse, qu'elles perdirent cependant après quelque séjour dans l'alcool.

L'encéphale ne présentait pas d'autre anomalie, si ce n'est que la glande pinéale était très petite. M. Mayer, ne trouvant rien dans les désordres de ce viscère qui rendît raison de l'ab-

sence presque totale de deux systèmes organiques, espéra que l'état de la moelle épinière lui en fournirait l'explication; son attente ne fut pas trompée.

En effet, il trouva qu'à la hauteur de la deuxième vertèbre dorsale, la moelle se terminait tout-à-coup par une extrémité arrondie en forme de massue. Les nerfs ischiatiques, obturateurs et cruraux, étaient presque dans leur état normal. La colonne vertébrale se terminait à la quatrième fausse vertèbre du sacrum; on voyait à peine un rudiment cartilagineux de la dernière et du coccix. Quant au nerf grand sympathique du bas-ventre, l'auteur observa qu'il était moins développé que de coutume à l'origine des artères intestinales.

M. Mayer, après avoir rappelé une observation de Wolfstriegel, analogue à celle dont il vient de rendre compte, ajoute que cette absence du système urinaire est bien digne de remarque chez un sujet dont les poumons, le cœur, le foie, la rate et la majeure partie du tube digestif offraient leurs conditions normales. Il semble en résulter que les fonctions les plus importantes des vies animale et organique peuvent avoir lieu, du moins pendant la vie utérine, sans le concours des organes de la dépuration urinaire. Quant à l'absence partielle de l'appareil génital, je n'en tire aucune conclusion, car ses fonctions ne sont pas nécessaires à la vie; cependant je ferai observer que, parmi les organes de cet appareil, c'étaient les externes ou ceux de la périphérie qui manquaient, tandis que les organes internes, les testicules et les épididymes existaient.

M. Mayer ajoute que, s'il ne se trompe, son observation est la première qui constate l'absence concomitante d'organes glanduleux du bas-ventre et d'une portion de la moelle rachidienne; et il se demande si la formation de cette dernière ne serait pas la condition de celle des organes thoraciques et abdominaux, et rappelle à ce sujet le Mémoire de M. Tiedmann, où cette théorie se trouve développée.

D'autres cas analogues, mais rapportés d'une manière moins détaillée, ont été publiés par d'autres observateurs. (1)

(1) Marrigues (1757). *Mém. présenté à l'Académie royale des sciences,*

Dans la duplicité monstrueuse par inclusion, les reins du fœtus contenu manquent quelquefois. Le docteur Young (1) publia, en 1807, un cas remarquable de cette espèce; Dupuytren fit un rapport à la société de médecine de Paris, sur un cas analogue (2); et Higmore (3) a rapporté, en 1815, un autre cas semblable; on en trouvera d'autres encore dans l'excellente thèse du docteur Lachaise sur ces espèces de monstres.

Chaussier (4) a présenté à la société de l'Ecole de Médecine, le torse d'un fœtus dans lequel il n'y avait ni utérus, ni reins, ni vessie urinaire.

§ 955. M. Moulon, médecin en second de l'hôpital de Trieste, a publié un cas des plus extraordinaires, et que je ne rapporte qu'avec une extrême défiance (5). Marie Barbe, jeune fille âgée de 14 ans, ayant succombé à une gastro-entérite chronique, on procéda à l'ouverture du cadavre, qui présenta les particularités suivantes : l'ombilic se trouvait au lieu qu'occupe ordinairement le mont de Vénus; l'anus était dans le lieu où doit exister l'orifice du vagin, et offrait une dimension telle que la main pouvait facilement y être introduite. Aucune communication ne se faisait remarquer entre le rectum et les organes de la génération, dont on ne rencontrait d'autres traces extérieures qu'un renflement qui, pour la structure, avait quelque analogie avec le clitoris, et deux petites excroissances couvertes de quelques poils et semblables à celles qui ont reçu le nom de poireaux. La symphyse du pubis était remplacée par un vide assez étendu, que la peau seule recouvrait. La vessie

t. IV, p. 123. — Fabert. *Duorum monstrorum humanorum descriptio anatomica*, in-4, Berlin, 1827 (Bulletin des sciences méd. de Férussac, t. XVI, p. 14.— Peschier de Genève (*Bulletin des sciences méd. de Férussac*, t. XI, p. 4).

(1) *Cité* par Lachaise. *De la duplicité monstrueuse par inclusion*, in-4, Paris, 1823, p. 32.

(2) *Bulletin de la Société de médecine*, première année, p. 4.

(3) *Cité* par Lachaise. *Lieu cité*, p. 31.

(4) *Bull. de la Faculté de méd. de Paris*, in-8, 1810, p. 35.

(5) *Archives générales de médecine*, t. XVII, p. 424.

manquait; l'ouraque, très gros et très long, allait se perdre insensiblement dans les tégumens. L'utérus, de grandeur naturelle, présentait une conformation parfaite, ainsi que les tégumens, les ovaires et les trompes. Les *uretères et les reins n'existaient point;* mais la veine ombilicale surpassait de beaucoup en largeur celle d'un adulte. Cette jeune fille avait été, depuis sa naissance, sujette à une incommodité qui la tourmentait considérablement : il s'écoulait continuellement de l'ombilic un liquide qui ressemblait beaucoup à l'urine, et dont l'odeur était si pénétrante, qu'on ne pouvait assez souvent changer les linges dont cette partie était recouverte.

D'après l'absence des reins, des uretères et de la vessie, le docteur Moulon pense qu'on peut conclure que le sang se débarrassait dans le foie des principes qui servent à former l'urine, et que ceux-ci étaient ensuite transportés par la veine ombilicale jusqu'à l'ombilic, par lequel ils étaient enfin excrétés. Le canal intestinal était parsemé de taches noires dans toute son étendue; le foie était à l'état de gangrène; le pancréas ne présentait plus qu'un sac rempli de pus, et le grand épiploon était détruit en partie.

§ 956. Si le fait rapporté par M. Moulon était exact, il rendrait moins incompréhensible certains cas d'*anuries* de plusieurs mois, attestés par quelques observateurs. Ainsi, Vieusseux de Genève (1) parle d'une suppression d'urine qui a subsisté pendant dix-sept mois chez une jeune fille de onze ans; après ce temps, l'écoulement de l'urine se rétablit sans que la malade eût couru des dangers bien inquiétans. Mais tout porte à penser que le fait rapporté par M. Moulon était un cas d'extrophie de la vessie dans lequel les reins, peut-être déplacés, n'ont point été cherchés avec assez de soin.

§ 957. M. Comhaire a extirpé les deux reins à des chiens, et plusieurs de ces animaux ont vécu, sans reins, pendant trois jours.

§ 958. *Absence d'un des reins.* Il existe une foule d'exemples

(1) *Journ. méd. Corvisart, Leroux et Boyer*, t. 7, vendémiaire an XII.

authentiques d'absence d'un des reins. Ordinairement le rein existant est plus grand que de coutume, et a quelquefois le double de son poids ordinaire. On le trouve à sa place, ou un peu plus haut, ou un peu plus bas. Dans les cas indiqués comme des reins uniques situés en travers sur la colonne vertébrale, il y avait en réalité deux reins reconnaissables malgré leur fusion.

Blaes (1) cite deux cas d'absence d'un des reins : dans l'un le rein gauche, dans l'autre le rein droit, étaient absens; leurs vaisseaux et leurs uretères manquaient entièrement. Botal (2) dit n'avoir trouvé, dans un cas, qu'un seul rein, mais qui était aussi volumineux que quatre reins ordinaires. Littre (3) rapporte le cas d'un enfant de quatre ans, dont l'un des reins, le rein gauche, manquait; l'enfant avait peu uriné, et était hydropique. Valsalva (4) a vu le rein gauche manquer entièrement chez une femme; le rein droit avait un volume double de l'état ordinaire, et deux conduits urinaires qui s'ouvraient du côté droit dans la vessie. Dans un autre cas (5), le rein du même côté manquait également; mais celui qui existait n'avait pas plus que le volume ordinaire.

Sabatier rapporte que Cabrole, en ouvrant le cadavre d'un des professeurs de l'université de Montpellier, ne trouva qu'un rein dont l'uretère était plus gros qu'à l'ordinaire; il n'y avait nulle trace du rein du côté opposé. Un des domestiques du même professeur, n'avait également qu'un rein, mais très gros et situé transversalement sur la colonne vertébrale (C'était probablement un cas de fusion des reins).

Albrecht (6) a trouvé, chez un enfant nouveau-né, un seul rein, d'un assez grand volume, placé du côté gauche, et qui n'avait qu'un bassinet et un uretère.

(1) Blasii. *Observat. medic. rar.*, part. IV, obs. 3 et p. 49 et 51.
(2) Botal. *Obs. anat.*, I.
(3) *Mém. de l'Acad. des sciences de Paris*, 1707, p. 25.
(4) Morgagni. *De sedib. et caus. morb.*, epist. XXXI, § 25.
(5) *Ibid.*, epist. XXV, § 4.
(6) *Miscell. nat. cur.*, Dec. II, an. I, obs. 83.

Guigneux (1) n'a rencontré chez un homme que le rein gauche, qui, à la vérité, était plus grand d'un tiers que dans l'état normal, et n'avait qu'un bassinet et un uretère.

Perrin (2) a vu manquer le rein droit; le rein gauche avait une dimension extraordinaire.

Mohrenheim (3) n'a trouvé qu'un rein qui, placé du côté droit, était une fois plus volumineux qu'à l'ordinaire, et avait un uretère d'une longueur surprenante.

Stoll (4) a vu le rein droit manquer entièrement avec la capsule surrénale, l'uretère et tous les vaisseaux sanguins. Le gauche n'était pas plus grand qu'à l'ordinaire. Dans un autre cas (5) où le rein gauche avec son uretère et ses vaisseaux manquait, le rein droit avait sa dimension naturelle ; la vessie était petite.

Veirac (6) n'a pas trouvé, du côté gauche, la moindre trace du rein ; mais le droit était un peu plus grand, et l'uretère un peu plus large qu'à l'ordinaire.

Pole (7) a ouvert un enfant nouveau né, chez lequel il n'existait que le rein droit.

Wrisberg (8) a vu, chez une femme, le rein droit avec ses vaisseaux et son uretère manquer. Le rein gauche et la vessie étaient extraordinairement petits.

Sandifort (9) n'a trouvé chez une femme, que le rein droit ; la capsule surrénale du côté gauche existait.

(1) *Journ. de méd.*, 1760, t. XII, avril. — *Nouvelle collect. d'obs. choisies*, t. III, § 223.

(2) *Journ. de méd.*, 1760, t. XII, nov.—*Nouv. collect. d'obs. choisies*, t. IV, § 245.

(3) *Dissert. de Vienne*, t. II, § 297.

(4) *Ratio medendi*, vol. II, tit. II, § 139.

(5) *Ibid.*, vol. VII, § 122.

(6) *Collect. pour les méd. pratic.* (en allemand), vol. VIII, § 596.

(7) *Memoirs of the Lond. medic. society*, vol. II, n° XXXIX, p. 319.

(8) *Dans l'esquisse de la physiologie* de Haller, par Sœmmering et Meckel (en allemand), Berlin, 1788, p. 160, note 73, et p. 579, note 169.

(9) *Museum anatomic.*, vol. I, p. 250.

Charles Etienne (1), Colombo (2), Eustachi (3), Vesale (4), Fernel (5), Lopez (6), Duret (7), Panaroli (8), Solenander (9), Harder (10), Schenck (11), Rhodius (12), Bonet (13), Tulp (14), Laube (15), Hilscher (16), Haller (17), Sue (18), Lieutaud (19), Sœmmering (20), Titius (21), citent aussi des exemples de l'absence d'un des reins.

Des observations analogues ont été faites sur les animaux. Bellini n'a trouvé qu'un rein chez un chien. Dupuytren, M. Comhaire n'ont recontré sur un chien, qu'un seul rein qui était plus volumineux que s'il s'en fût trouvé deux, eu égard à la grosseur du chien.

M. le docteur Désir m'a montré un cas d'absence du rein droit, chez une petite fille âgée de cinquante-quatre jours, et qui

(1) *De dissectione partium corporis humani*, lib. II, cap. 15, Paris, 1545, in-fol.

(2) *De re anatomicâ*, lib. XV, p. 487.

(3) *De renum structurâ*, cap. X.

(4) *De corporis humani fabricâ*, lib. V, cap. 10.

(5) *Physiolog.*, lib. I, cap. 7.

(6) *Var. lect. med.*, cap. 8.

(7) Hollerii *Opera practica cum enarrationibus Lud. Dureti.* Paris, lib. I, cap. 47.

(8) *Med. observ. pentecost.*, I, obs. 3.

(9) *Consilium*, XVI, sect. V.

(10) *Apiarium*, obs. 77. — Pœnis et Pythagoræ exercitat, p. 189.

(11) Schenck. *Obs. medic.*, lib. III, sect. 2, obs. 172, p. 298, et seq.

(12) *Mantissa anatom.*, obs. XXXII, p. 21.

(13) *Medic. septentrion.*, Collect. t. I, p. 741.

(14) *Obs. medic.*, lib. IV, cap. 38, p. 337.

(15) *Ephem. nat. cur.*, cent. IX, obs. 16 (Sain).

(16) *Prolus de unico in homine reperto rene, prægrandem continente calculum.* Jenæ, 1733, p. 5. — In *Hallerii*, *Disput. anatomic.*, vol. III, p. 355.

(17) *Opera minora*, p. 230. — *Opusc. patholog.*, obs. XLIX, p. 146.—*Elem. physiol.*, t. VII, p. 242.

(18) *Mém. Acad. des sciences.*

(19) Lieutaud. *Hist. anat. med.* Obs. 1213, t. I, p. 356.

(20) *Dans l'esquisse de la physiologie* de Haller.

(21) *Program. de vitiis renum.* Comment. I. *Renis unius in juveni reperti exemplum.* Vitemberg, 1798.

était morte à l'hospice des Enfans-Trouvés, d'une pneumonie du côté droit, le 31 juillet 1836. La capsule surrénale droite, dans le flanc droit, était aplatie, allongée comme à l'ordinaire. Le rein droit n'existait, ni sur la colonne, ni dans le petit bassin. D'ailleurs la vessie, pourvue d'un seul uretère, n'offrait intérieurement qu'une seule ouverture uretérale, correspondant à l'uretère gauche. Le rein du même côté pesait 166 grains, pas plus qu'un rein de cet âge; le nombre des mamelons était de douze pour douze lobes; dans ce cas il n'y avait pas eu, par un plus grand développement du rein gauche, une compensation à l'absence du rein droit. Dans les deux cas suivans (Obs. II, Obs. III, § 959), au contraire, le rein unique était évidemment hypertrophié.

En résumé, dans les cas d'absence d'un des reins, le plus souvent le rein unique avait un volume beaucoup plus considérable, et quelquefois double d'un rein ordinaire; de sorte qu'il exécutait à lui seul les fonctions des deux reins, et qu'il ne résultait aucun inconvénient de ce vice de conformation.

Si le rein unique vient à s'enflammer, les accidens les plus graves et la mort peuvent en résulter (§ 383).

Obs. I.— Absence du rein et de l'uretère du côté gauche; altération du rein droit chez une fille de vingt-six ans, sujette à des convulsions hystériques. (1)

« Virgo ad vigesimum sextum ætatis annum vixit, diu ægra, orthostadia tamen, mensibus modo nimiis, modo omnino deficientibus, urina limpida, cæterum hystericis convulsionibus obnoxia, quæ vitæ, fere absque ullo decubitu, finem imposuerunt. Chirurgus e visceribus uterum, atque, ut is integrior esset, vasa una renesque evulsit, memorabili certe exemplo a consueta fabrica abludentes.

Ren unicus fuit, dextri lateris, cum viscera reliqua et intestina imprimis, sinistrum latus tenerent. Figura ejus subrotunda erat, ut renem non agnosceres, sed aliquam cystici tumo-

(1) Halleri. *Opuscula pathologica*, in-8, obs. 60, pag. 153. Lausanne, 1755.

ris speciem expectares, suo sacco conclusi. Valida enim, peritonæo similis, membrana partem mediam efficiebat massæ, quæ ren fuerat. In membrana urinæ haud minus quam duæ libræ fuerunt. Hæc pelvis erat, supra omnem modum distenta. Reliqua pars sacci ren ipse fuit, scirrhi, quam veri visceris similior, pallida carne, in qua neque corticem, neque papillas separares, neque papillarum numerum inire posses. Cum pelvis aperiretur, in eam apparuit continuari, quasi in recessum, hanc carnem difformem et monstrosam renis. Causa, quæ urinam retinuerat, nulla adparuit, ipsa vero stagnans aqua sensim ita videtur papillas distendisse, ut cortex renis compressus evanuerit. Glandulas etiam hæc maxima dilatatio nullas ostendit; adeo nos minus, quam Littrius, felices fuimus. »

Obs. II. — Absence du rein gauche; développement considérable du rein droit; pneumonie double; mort.

Declerim, facteur, âgé de 64 ans, affecté de catarrhe depuis le commencement de l'hiver, ressentit, le 29 mars 1840, sans cause connue, un frisson suivi de fièvre, une dyspnée considérable et un point douloureux au-dessous du sein gauche, qui augmentait par les efforts de la toux.

Le 3 avril, matité et absence du bruit respiratoire à la base des deux poumons. Râle crépitant dans une petite étendue. Râle muqueux et ronchus dans tout le reste. Les inspirations étant très faibles, ces signes sont difficiles à saisir. Le pouls est rapide, petit et presque insensible ; les extrémités sont froides. Le malade exécute avec peine des mouvemens très bornés. La face est pâle, cadavéreuse. Tout en lui annonce qu'il ne résistera pas long-temps à la maladie aiguë pour laquelle il est venu tardivement réclamer nos soins.

Saignée de huit onces ; le soir, application de quatre ventouses scarifiées à la face postérieure du thorax ; potion gommeuse ; gomme édulcorée.

Les jours suivans le mal s'aggrave ; mort dans la matinée du 5 avril.

Autopsie du cadavre. De fausses membranes font adhérer entre elles le tiers inférieur des portions costale et pulmonaire

des plèvres. Hépatisation grise au tiers inférieur du poumon droit ; hépatisation rouge au tiers supérieur. Engorgement sanguin du poumon gauche. Les bronches sont gorgées de mucosités. La membrane muqueuse qui la tapisse est rouge, injectée. Le cœur, le foie, les intestins sont sains. La rate est au moins deux fois plus petite que dans l'état normal. Son tissu n'est point altéré.

Le rein gauche n'existe pas.

Le rein droit, situé à sa place ordinaire, est une fois plus gros qu'il ne devrait l'être ; il pèse 265 g. (8 onces et demie). Il est gorgé de sang. Sa substance corticale est semée d'un grand nombre de kystes, renfermant un liquide transparent, et dont le volume varie depuis celui d'une lentille à celui d'une petite aveline. Le bassinet, l'uretère et la vessie sont sains. A l'angle postérieur et gauche du trigone vésical, l'orifice de l'uretère absent est remplacé par un petit cul-de-sac.

L'artère spermatique gauche naît de l'aorte.

Les deux testicules ont leur volume normal.

§ 959. Sur le cadavre d'un homme de 58 ans, bien constitué, mort d'une hypertrophie du cœur, M. le docteur Barth a constaté l'anomalie suivante :

Le rein droit manquait ; on n'en découvrait aucun rudiment à sa place habituelle. Il n'existait aucun vestige d'artère ni de veine rénale, de ce côté ; aucun orifice même ne s'apercevait à leur place dans l'aorte et dans la veine cave inférieure. On ne découvrit aucune trace d'uretère du côté droit, et la surface interne de la vessie n'offrit aucun vestige d'orifice uretéral de ce côté.

Le rein gauche était situé sur les parties latérales de la colonne vertébrale, à sa place ordinaire et dans sa direction habituelle. Son volume était considérable (5 pouces et demi de longueur, sur 2 pouces 5 lignes de largeur, à sa partie moyenne, et 15 lignes d'épaisseur). Il avait, du reste, sa couleur rougeâtre, une fermeté moyenne et sa structure normale. Il recevait de l'aorte trois artères, les deux supérieures, du volume d'une plume d'oie, l'inférieure un peu plus petite, et qui se divisaient chacune en deux branches avant de pénétrer dans la scissure.

La veine rénale naissait de quatre rameaux qui se réunissaient à un pouce de leur origine, et formaient un gros tronc, qui avait jusqu'à seize lignes de développement, passait au-devant de l'aorte et se jetait dans la veine cave.

Le bassinet résultait de la réunion de huit calices et formait un entonnoir très évasé, très légèrement injecté à sa surface interne. Il se continuait avec un uretère très large, ayant huit lignes de développement à son origine, neuf lignes à sa partie moyenne, et qui s'élargissait encore à sa terminaison, où il offrait jusqu'à vingt-quatre lignes de développement. Puis il se rétrécissait brusquement et pénétrait obliquement à travers les parois de la vessie, à la surface interne de laquelle il s'ouvrait par un orifice de grandeur habituelle. Les parois de ce canal avaient au moins le double de leur épaisseur ordinaire.

La vessie, de grandeur moyenne, n'offrait rien de remarquable.

Les deux capsules surrénales existaient, et occupaient chacune sa position habituelle.

Vices de situation des reins.

§ 960. L'étude des vices de situation des reins doit occuper autant le médecin que l'anatomiste, s'il ne veut s'exposer à commettre des erreurs graves de diagnostic. Ces vices de situation peuvent résulter, 1° d'un vice de situation, *fixe*, congénital ou accidentel; 2° d'un vice de situation *non permanent*, ou de la *mobilité* des reins.

Vices de situation fixes des reins.

§ 961. Aux vices de situation *fixes* des reins il faut rapporter : 1° les reins réunis et placés en fer-à-cheval sur la colonne vertébrale (*fusion des reins*); 2° les reins situés plus bas que dans l'état sain, et notamment dans l'excavation du bassin; 3° les reins déviés ou abaissés.

Ruysch (1) a figuré un rein droit dont la scissure était tournée en haut et le bord convexe en bas; l'uretère passait derrière le rein. Cette direction vicieuse du rein était probablement congénitale. Ce cas fut observé chez une femme âgée de 40 ans, et morte à la suite d'une hydropisie ascite, avec hypertrophie du cœur et emphysème pulmonaire, et qui présenta en outre des traces de pleurésie et de péritonite chroniques.

Laennec (2) a vu le rein droit refoulé par le foie jusque vis-à-vis la crête de l'os des îles.

Fusion des reins, ou reins réunis en fer à cheval au devant de la colonne vertébrale.

§ 962. On a publié un grand nombre d'exemples de ce vice de situation des reins. Panthot (3) a trouvé un rein placé sur les vertèbres des lombes, qui avait deux bassinets et deux uretères.

Bartholin (4) décrit deux reins qui étaient réunis par leur extrémité inférieure.

Kaltschmidt (5) a vu un rein qui excédait beaucoup sa grandeur naturelle, s'étendait d'une lombe à l'autre, et avait deux uretères.

Monginot (6) a trouvé un rein long de sept à huit pouces, placé transversalement sur les vertèbres des lombes; il avait quatre bassinets, quatre uretères et autant d'artères et de veines.

Wrisberg (7) a également observé deux reins joints ensemble en croissant, et dont la concavité était dirigée en haut.

(1) Ruysch. *Obs. anat. chirurg. centuria*, *obs.* 19, fig. in-4, Amstelodami, 1737, p. 19.

(2) Laennec. *Traité de l'auscult. médiate*, 2e édit., t. 1, p. 589, 1826.

(3) *Journal des savans*, 1681, mars.

(4) Bartholin. *Hist. anat. rar.*, cent. II, hist. 77, t. 1, p. 306. — Ejusdem *Anatom. reformata*, Lib. 1, cap. XVII, p. 113, fig. — Reproduit par Blaes dans ses additions à Bellini.

(5) Kaltschmidt. *Diss. de uno rene in cadavere invento*, Jenæ, 1755.

(6) *Journ. des savans*, 1678, mai. 16. — *Collect. académ. étrangère*, t. 1, p. 279.

(7) Dans l'*Esquisse de la physiol. de Haller*, § 579. — Obs. 179. — *Des-*

Gebhard (1) a vu les reins réunis en un seul, placé sur la dernière vertèbre dorsale. Ils recevaient deux artères provenant de l'aorte, et une de l'artère iliaque gauche. Il y avait aussi deux uretères, dont l'un était simple; l'autre avait cinq branches.

Sandifort (2) décrit deux reins joints ensemble et formant un croissant. Le gauche était plus grand que le droit; tous les deux avaient plus d'artères qu'à l'ordinaire.

Dans un autre cas, il n'a pas trouvé, chez un individu du sexe masculin, le rein dans le côté gauche; il était placé du côté droit au-dessous du rein de ce côté, était lié en croissant avec celui-ci, et formait avec lui une figure extraordinaire.

Bérenger (3), Bauhin (4), Frank von Frankenau (5), Tyson (6), Salzmann (7), Petsche (8), Stalpart van der Wiel (9), Morand (10), Withof (11), Meckel (12), Banck (13), Greding (14), De Haen (15),

cript. anat. embryonis obs. 4, in *Sandifort, thes. diss. anat.*, vol. III, p. 234. — Diss. de præternaturali et raro intestini recti cum vesica urinaria coalitu et inde pendente ani defectu. Gotting. 1779, p. 6.

(1) Gebhard. *Adversar. medica*, Basil. 1777, p. 39.

(2) Sandifort. *Obs. anatom. pathol.* Lib. III. cap. VII, p. 96. Tab. VIII, fig. 6. — *Ejusdem Museum anatom. Acad. Lugd.* vol. I. sect. V. nº XXXIII, p. 251.

(3) Berenger. *Isagoge in anatomiam. corpor. humani.* Argent. 1530.

(4) Bauhin. *Theatr. anat.* Lib. cap. 22. — Reproduit par Blaes dans ses additions à Bellini, 1765.

(5) *Miscel. nat. cur.* Dec. III, ann. V et VI, obs. 176 (rein sain.—Phlébite du bras).

(6) *Philosophic. transact.* n. 142.

(7) *In* Halleri *Disputat. anatom.*, vol. II, p. 525.

(8) *Sylloge obs. anatom.*, § 79, in *Halleri Collect. disp. anat.*, vol. VI, p. 762.

(9) Stalpart van der Wiel. *Obs. rar. Cent.* I. obs. L, p. 214.

(10) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1730, p. 53.

(11) Withof. *Comment. ad systema Leuwenhoekianum cui acced. brevis monstrosorum renum historia*, p. 62.

(12) Meckel. *Epist. ab erudit. ad Hallerum script.* vol. III, p. 429.

(13) *Ibid.*, vol. II, p. 200.

(14) *In* Ludwigii *Adversar. med. pract.*, vol. III, p. 415.

(15) De Haen. *Ratio med., cent.*, t. II, part. II, p. 25; tab. IV, fig. 2.

Morgagni (1). Haller (2), Loder (3), Bang (4), rapportent des cas analogues. Home (5) a vu les deux reins de chaque côté placés sur l'épine dorsale et l'aorte, de façon que leurs vaisseaux étaient très courts.

Sur le même sujet, on pourra encore consulter les cas rapportés par MM. Smith (6), Godefroi (7), Ruthardt (8), Fingerhuth (9), Audemar (10), Renaud (11), Maisonneuve (12), Becquerel (13), etc.

Enfin, j'ai observé moi-même plusieurs exemples de cette fusion des reins. Dans un de ces cas, les deux reins étaient réunis inférieurement par une bande aplatie de substance rénale (ATLAS, Pl. XXXIX, fig. 2); dans un second, cette bande plus volumineuse approchait un peu plus de la forme d'un rein; dans un troisième cas, c'était un véritable rein, uni avec deux autres qui étaient également très distincts. Dans tous ces cas, l'espèce de fer à cheval formé par la fusion des reins, était placé en travers sur la colonne vertébrale. Cette disposition anomale des reins, doit être connue des médecins praticiens; car il pourrait arriver que ces organes, reconnus au toucher, fussent pris pour une tumeur morbide et traités comme telle, surtout si elle était rencontrée chez un malade qui ressentît, par une cause tout autre, des douleurs dans l'abdomen.

(1) Morgagni. *De sed. et caus. morb.*, epist. XLVIII, § 16.

(2) Haller. *Oper. minor.*, t. I, p. 40, tab. VII. — *Element. physiol.*, t. VII, p. 242.

(3) Loder. *Progr. de renum coalitione*, Jenæ, 1786.

(4) *Diarium nosocom. Holmiensis*, 1786, juin.

(5) Home. *Clinical experiments.*

(6) *Edinb. med. and surg. journal*, vol. XV, p. 30.

(7) *Mém. de méd. et de chir. milit.*, vol. XXII.

(8) *Arch. génér. de médec.*, t. XVII, p. 425.

(9) *Bulletin de Férussac*, t. X, p. 102.

(10) *Bibl. médic.*, 1822, t. LXXVI, p. 104.

(11) *Bull. de la soc. anatom.*, bull. I, 1835, p. 2.

(12) *Bull. de la soc. anatom.*, mars 1838, p. 1.

(13) *Bull. de la soc. anatom.*, juillet 1837, p. 132.

Il peut arriver aussi que des reins ainsi réunis s'enflamment, que le bassinet suppure; or, le siège de la douleur et l'existence d'une tumeur vers le milieu de l'abdomen éloigneraient complètement l'idée d'une pyélo-néphrite; affection que des urines purulentes et d'autres phénomènes propres aux pyélites pourraient d'ailleurs indiquer.

Reins situés dans le bassin.

§ 963. Je dois rappeler aussi, quelque rare que soit ce fait, que des reins isolés ou réunis sont quelquefois placés dans le bassin, où ils peuvent simuler des tumeurs des ovaires, de la matrice ou du rectum. Les reins ainsi situés peuvent s'enflammer, contracter des adhérences avec le rectum, et le pus sécrété dans la cavité du rein enflammé peut se frayer une route par le rectum.

Bauhin a figuré un rein gauche dans le petit bassin. Ce fait a été reproduit par Blaes (1), dans les additions au traité de Bellini, sur la structure des reins. Sandifort (2) a donné une belle figure représentant un rein gauche dans le bassin; Drouin (3) a trouvé, chez une jeune fille de 17 ans, qui était morte après une suppression de la menstruation, après un flux de sang par les parties génitales continuel pendant trois mois, après un violent vomissement de sang, le rein droit, d'une dureté squirrheuse et cartilagineuse, pesant une livre et demie. Il était placé sur l'os sacrum, et comprimait fortement l'aorte et la veine cave. Dans son intérieur étaient renfermées huit pierres dont les plus grosses étaient comme des œufs de pigeon. Chambaud de Montaux a vu le rein droit beaucoup plus petit qu'à l'ordinaire, resserré derrière la matrice.

(1) Bellini (Laur). *De structura renum*, in-18, 1765, Amstelodami, p. 107.

(2) Sandifort. *Museum anatomicum*, in-fol., 1743, pl. 113.

(3) Lieutaud. *Anat. pract.*, p. 1, obs. 1212, t. 1, p. 355.

Heusinger (1), Guignon (2), Eustachi (3), Bauhin (4), Trew (5), Hommel (6), Bousquet (7), Varnier (8), Loeseke (9), Hebenstreit (10), Stœrck (11). Vidal (12), Lejeune (13), Chambon de Montaux (14), Pinel (Scipion) (15), ont vu un des reins dans le bassin. M. le docteur Boinet (16) a vu un rein placé transversalement entre le rectum et la vessie, et tenant la place de la matrice, qui était déviée avec ses annexes. Le docteur A. Hohl (17) rapporte que chez une femme on trouva le rein gauche situé profondément au côté interne du muscle psoas. Dans deux accouchemens que cette femme avait faits, il s'était formé, chaque fois, dans le côté gauche du bassin, une tumeur dans laquelle chaque contraction de l'utérus excitait une douleur fixe et croissante ; le passage de la tête en était retardé; toutefois les deux accouchemens furent heureux (18).

(1) Heusinger. *Tiefe Lage des linken Nierens im kleinen Becken einer erwachsenen Weibsperson* (Zeitsch. für die organ. Physik. H. 4. Octob. 1827. S. 456. — *Bulletin de Férussac*, t. XIV, p. 131).

(2) *Mém. de la Soc. royale de médec.*, t. X ; p. 62.

(3) Eustachi. *Theatr. anat.*, tab. XXII.

(4) Bauhin. *De renum structurâ.* tab. IV.

(5) *Commer. noric.*, 1737, p. 186.

(6) *Ibid.*, 1743, p. 281.

(7) *Samml. auserl. Wahrn.* Bd. 6, S. 131.

(8) *Mém. de l'Acad. des sciences*, 1774. Hist. p. 29.

(9) *Obs. medic.*, p. 88.

(10) *De med. cadavera sec. relig.* Lips. 1741, p. vij.

(11) Stœrck. *Ann. med.*, t. 1, p. 115.

(12) *Revue médicale*, 2e série, t. II, p. 382.

(13) *Bulletin de Férussac*, t. XVII, p. 3.

(14) *Observ. clinic.* Paris, in-4°, 1789.

(15) Pinel (Scipion). *Recherches sur quelques points de l'aliénation mentale*, p. 13, in-4. Paris, 1819.

(16) *Arch. gén. de médec.*, 2e série, t. VII, 1835, p. 348.

(17) Meckel. *Archiv. für Anatomie und Physiologie*, 1828, n° 2, p. 177.— *Bulletin de Férussac*, t. XVII, p. 3.

(18) Je viens de lire dans les *Arch. gén. de médec.*, 1841, un cas dans lequel un accouchement fut rendu très laborieux par un développement morbide des reins d'un fœtus.

M. Portal (1) a vu le rein droit un peu moins volumineux que le gauche, situé au-devant de l'articulation sacro-iliaque droite au-dessus de l'artère et de la veine iliaque primitives. Le foie était d'un volume ordinaire.

Le docteur Seymour (2) a vu, chez un jeune homme mort de phthisie pulmonaire, le rein gauche sur le bord du bassin.

M. Martin Saint-Ange (3) cite plusieurs cas de reins situés dans l'excavation du bassin ; un des plus curieux est emprunté à M. Pacoud.

Dans une autre partie de cet ouvrage, j'en ai cité un exemple remarquable (§ 387).

Obs. I. — Exemple d'un rein situé profondément dans l'excavation du bassin chez une femme adulte, avec figures, par le professeur Heusinger (*Zeitsch für die organ. Physik*, tome 14[e], cahier d'octobre 1827, p. 456. — *Bulletin de Férussac*, t. xv, p. 131.)

Le sujet qui offrait cette abnormité était une femme âgée de 23 ans, morte d'un coup d'apoplexie. Le rein du côté droit était dans sa situation normale, ainsi que la capsule surrénale du côté gauche. Le rein gauche, au contraire, se trouvait situé dans le petit bassin, au-devant de la moitié gauche du sacrum, derrière l'utérus, à gauche du rectum, qui était dévié vers la droite et se trouvait en partie au-devant de la symphyse sacro-iliaque du côté droit.

La figure du rein gauche est presque circulaire, son grand diamètre de trois pouces six lignes, et le petit de trois pouces. Le hile est une fosse ronde, située non pas au bord interne du rein, mais au milieu de sa face antérieure. Cette fosse loge le bassinet ; un sillon en part pour s'étendre vers le bord supérieur.

L'artère rénale gauche naît de la bifurcation de l'aorte, à l'endroit où la sacrée moyenne a ordinairement son origine. A un pouce de distance de cette origine, l'artère rénale se

(1) *Journal hebdom.*, t. 1, p. 255, 1828.

(2) *Lond. med. Gazette*, vol. III, p. 824.

(3) *Mém. sur les vices de conformation des reins* (Journal des difformités).

bifurque. L'une de ses branches, longue d'environ un pouce et demi, pénètre dans le rein par son bord supérieur; l'autre, plus forte, s'insère dans le hile et s'y sous-divise en plusieurs rameaux qui se perdent dans le rein. Un troisième rameau artériel, qui est coupé, y pénètre par la partie inférieure de la face postérieure; il tirait probablement son origine de l'artère hypogastrique, car la veine qui l'accompagne s'abouche dans la veine du même nom. La distribution des veines rénales est, en tout, conforme à celle des artères.

L'uretère, long de six pouces et replié sur lui-même, se termine comme à l'ordinaire, dans la vessie. L'uretère du côté droit a sept pouces un quart de long.

Les détails de cette observation confirment ce que Meckel avait dit du déplacement du rein, dans son *Manuel d'anatomie pathologique*, dont M. Heusinger rapporte le passage en entier.

Obs. II. — Description d'un rein trouvé dans le bassin d'un homme de 50 ans, par M. Guigou, chirurgien des vaisseaux du roi, à Toulon. (*Histoire de la société de médecine*, année 1789, t. x, p. 68.)

Ce rein, placé dans le bassin, présentait le même volume et la même figure que celui du côté opposé, à cela près que ses lobules primitifs ne s'étaient que très imparfaitement réunis, de sorte que la surface extérieure était inégalement bosselée, ce qui produisait aussi divers sillons dans lesquels rampaient plusieurs artères.

La bifurcation de l'aorte commençant sur le corps de la quatrième vertèbre des lombes, le rein était placé dans l'intervalle de cette bifurcation, depuis le corps de la dernière vertèbre de cette région jusqu'à la quatrième pièce de l'os sacrum et le niveau de l'échancrure sciatique. Sa convexité naturelle était tournée du côté de la symphyse sacro-iliaque gauche, et sa convexité s'avançait jusqu'aux trois quarts de la face antérieure de l'os sacrum.

Ce rein affectait une direction légèrement oblique, de manière que son extrémité supérieure répondait au milieu du corps de la dernière vertèbre des lombes, tandis que son ex-

trémité inférieure descendait jusqu'au bas de la symphyse sacro-iliaque gauche.

A l'égard de sa conformation externe, sa face antérieure était inégalement bosselée; trois petits sillons paraissaient vers la partie supérieure de cette face; chacun d'eux recevait un rameau de l'artère, et un sillon plus considérable se remarquait à la partie moyenne de la même face; celui-ci recevait une artère considérable et était rempli de graisse.

La face postérieure était concave pour s'accommoder avec la saillie de l'os sacrum. A l'extrémité supérieure de la même face, on voyait un sillon qui recevait deux grosses artères.

Les deux extrémités étaient presque égales. La convexité de ce rein ne présentait rien de particulier, et sa concavité montrait la sinuosité des reins ordinaires, à cela près qu'elle était plus manifeste sur la face antérieure qu'elle ne l'est communément. Cette sinuosité était le point de réunion des trois grands sillons, c'est-à-dire celui que j'ai décrit à la partie supérieure de la face postérieure, celui de la partie moyenne de la face antérieure, et celui qui revenait de son extrémité inférieure le long de son bord concave.

Les artères de ce viscère étaient en grand nombre.

La première, qui était la plus petite, naissait de la bifurcation de l'aorte. Lorsqu'elle était parvenue à l'extrémité supérieure du rein, elle se divisait en trois branches qui allaient chacune gagner un sillon de la partie supérieure de cette face, pour se plonger dans la substance du rein. La seconde, moyenne relativement à son calibre, naissait de l'iliaque gauche, à un demi-pouce de la bifurcation de l'aorte, descendait le long du bord convexe du rein, allait gagner le sillon qui se trouve à la partie moyenne de la face antérieure de ce corps, pour se plonger également dans la substance du rein. La troisième artère était plus grosse et naissait de l'iliaque droite, à un pouce de l'origine de cette iliaque; elle gagnait l'extrémité supérieure du rein pour se plonger dans le sillon de cette partie qui appartient à la face postérieure, et entrait enfin dans la substance de ce viscère. La quatrième artère était plus grosse et naissait de l'iliaque droite, à un pouce de l'origine

de cette iliaque; elle gagnait l'extrémité supérieure du rein pour se plonger dans le sillon de cette partie, qui appartient à la face postérieure, et entrait enfin dans la substance de ce viscère. La quatrième artère était également grosse et naissait de la partie postérieure de la bifurcation de l'aorte. Elle descendait couchée sur le corps de la quatrième et de la cinquième vertèbres lombaires, arrivait au sillon de la partie supérieure de la face postérieure du rein, et se perdait dans sa substance vers le bas du même sillon, au commencement de la sinuosité. Enfin, la cinquième artère naissait de l'hypogastrique, après qu'elle a donné l'iléo-lombaire. Cette artère très grosse se portait de gauche à droite pour passer par dessous le rein, et venait se contourner dans le sillon de l'extrémité inférieure de la sinuosité de ce viscère pour s'y plonger.

Les veines étaient également nombreuses. La première était petite, et naissait de l'iliaque gauche, à un pouce de la bifurcation de la veine cave; elle descendait le long de la face antérieure du rein, pour aller dans la sinuosité. La deuxième veine, très considérable et du calibre des émulgentes ordinaires, naissait de l'iliaque droite, à deux pouces de l'origine de cette iliaque; elle se portait ensuite à gauche, pour aller vers la sinuosité du rein. Dans le trajet, elle fournissait une branche considérable qui communiquait avec la première veine, et qui se plongeait avec elle dans le sillon transversal, tandis que le tronc principal entrait dans la sinuosité de ce viscère. Enfin, la troisième veine naissait du bas de l'iliaque gauche, et allait gagner la partie inférieure de la face postérieure du rein, pour s'y perdre. Toutes ces veines communiquaient ensemble.

Ce rein avait un uretère qui prenait naissance à la sinuosité de ce viscère. Sa partie supérieure était divisée en trois branches, comme on l'a déjà observé sur les autres reins, et le canal, d'une grosseur moyenne, descendait derrière la vessie, pour s'insérer au bas et au côté gauche de cette poche, comme celui du côté opposé s'insérait au bas et à son côté droit, mais il était infiniment plus court qu'il ne l'est communément.

Il est intéressant d'observer que la capsule atrabilaire de ce

côté n'avait pas suivi le rein dans son déplacement, ce qui prouve qu'elle est indépendante de ce viscère. Elle était placée au côté gauche du corps de la quatrième vertèbre lombaire, mais isolée et ne tenant absolument à la veine cave que par une veine considérable, et à l'aorte, que par quelques petites artères. Cette capsule était arrondie dans sa circonférence, de sorte que le bord concave, qui appuie ordinairement sur le rein, n'avait pas lieu; ce qui donne lieu de croire que cette concavité n'est produite que par la présence du rein. La circonférence de cette capsule était interrompue du côté interne par un léger renfoncement où aboutissaient les vaisseaux; sa cavité intérieure contenait une humeur jaunâtre, et une crête qui prenait naissance en bas et en dedans. Je n'ai rencontré aucun canal excréteur. Le rein et la capsule atrabilaire du côté droit n'avaient rien de remarquable, et se trouvaient dans leur position naturelle.

Cette aberration de la nature, en nous montrant une séparation totale de la capsule atrabilaire et du rein, du même côté, détruit l'idée d'une correspondance intime entre ces deux viscères.

Obs. III. — Sur un vice de position du rein gauche, par le citoyen Pacoud, chirurgien en chef de l'hospice civil de Bourg, lue à la société de médecine, le 23 germinal an x (*Recueil périodique de la société de méd. de Paris*, rédigé par le docteur Sédillot jeune, t. xiv, p. 65).

Le citoyen Pacoud, en faisant l'ouverture du cadavre d'André Chapallier, âgé de cinquante ans, trouva le rein gauche placé dans l'excavation pelvienne ou du petit bassin, derrière la vessie, à côté de l'intestin rectum, qui s'était porté un peu à droite et devant la partie antérieure ou concave du sacrum. Recouvert par le péritoine, ce rein était plongé dans une masse de tissu cellulaire, dont les lames, assez compactes, formaient là comme deux bandes ligamenteuses qui l'attachaient au sacrum. Cette position avait singulièrement influé sur la forme de l'organe, aussi bien que sur la distribution de ses vaisseaux. Il était à-peu-près triangulaire, ce qui permettait de lui distinguer trois faces. L'une, antérieure, offrait dans son milieu

la scissure remplie d'inégalités, à laquelle aboutissaient les artères rénales, et d'où partaient une veine et l'uretère gauche. Cette face antérieure correspondait à la vessie. La face postérieure était convexe, pour s'accommoder à la concavité du sacrum et de l'iléum réunis. Enfin, la face interne était bornée à droite par le rectum et n'avait rien de remarquable.

Les artères étaient au nombre de trois, ce qui n'est pas rare, même dans l'état naturel. Mais, au lieu de partir de l'aorte abdominale et vers le milieu de sa longueur, elles naissaient, l'une plus longue que l'angle de la division de l'aorte, au dessus du bassin et de la cuisse, que l'on nomme tronc pelvicrural ou iliaque primitive; les deux autres, plus courtes, partaient du tronc pelvien, communément artère hypogastrique, un pouce environ après sa séparation du tronc crural ou artère iliaque externe. Ces trois artères entraient dans la substance du rein par le milieu de sa scissure. Cependant la première branche, c'est-à-dire la plus longue, avait ceci de remarquable, qu'après un pouce et demi de chemin, elle se divisait en deux branches. L'une, antérieure, plus grosse, après avoir gagné l'extrémité supérieure du rein, se poursuivait en un rameau qui allait ramper et se perdre sur la surface réticulaire de cet organe; le reste de cette première branche se portait avec les autres troncs dans la scissure donc nous avons parlé; enfin, la branche postérieure allait pénétrer dans le rein à la partie supérieure de sa face postérieure.

Il n'y avait qu'une seule veine, mais elle naissait de la scissure par deux branches qui ne tardaient pas, il est vrai, à se réunir en un seul tronc, lequel, au lieu d'aboutir à la veine cave, allait se porter dans la veine iliaque primitive gauche.

L'uretère, deux pouces et demi environ après sa sortie de la scissure rénale, était, dans un espace à-peu-près égal, fixé par le péritoine contre la partie postérieure de la vessie, et allait pénétrer dans cet organe un pouce au moins plus bas que l'uretère du côté opposé.

L'auteur, malgré les recherches les mieux dirigées, n'a pu trouver de capsule surrénale du côté gauche; il a négligé de noter l'origine des nerfs qui se portaient à l'organe déplacé.

Tous les soins et toutes les précautions que l'auteur a employés pour découvrir la vésicule séminale du côté gauche ont été inutiles; elle manquait, aussi bien que le canal déférent du même côté. Seulement, à la place de celui-ci, se trouvait un ligament long environ d'un pouce, et qui, partant de l'épididyme, allait se perdre dans le tissu cellulaire qui environne le cordon des vaisseaux spermatiques.

Le volume de la glande prostate était singulièrement diminué.

Le tronc crural et les artères iliaques externes offraient aussi une singulière direction. Dès leur naissance du tronc pelvi-crural ou iliaque primitive, au lieu de suivre dans une ligne droite le bord interne du psoas, elles décrivaient une courbure en forme de demi-cercle, disposée différemment de chaque côté. A gauche, la courbure était couchée dans la fosse iliaque interne, appuyée sur la face antérieure du psoas, dont elle dépassait le bord externe; elle décrivait ensuite une seconde courbure beaucoup moins prononcée, disposée en sens inverse, et qui se terminait sous l'arcade inguinale. A droite, l'artère plongeait dans l'excation pelvienne, en décrivant là une courbure aussi grande que celle du côté opposé, mais tournée en sens contraire; elle se relevait ensuite pour gagner l'arcade inguinale.

Le rein du côté droit se trouvait dans l'état ordinaire.

Déplacement fixe, accidentel, des reins.

§ 964. Les reins peuvent être déplacés par des tumeurs développées dans leur voisinage. Th. Bonet parle d'un déplacement du rein occasioné par le pancréas tuméfié. Portal (1) dit aussi que les reins peuvent être abaissés par la rate ou le foie malades, ayant acquis un surcroît de volume plus ou moins considérable. Toutefois, dans plusieurs cas de développement morbide de la rate, j'ai trouvé le rein correspondant déformé et non abaissé. J'ai rapporté ailleurs un cas

(1) Portal, *Anatomie médicale*, t. v, p. 390.

d'abaissement et de déformation du rein droit, produit par une capsule surrénale devenue véritablement monstrueuse. Chez un phthisique, j'ai vu également le foie tellement volumineux, que l'estomac était abaissé au dessous du nombril, le colon transverse et les intestins grêles dans le petit bassin, et le rein droit, d'un volume considérable, descendu jusque près de la crête de l'os des îles. Il était dévié de sa direction naturelle; son extrémité inférieure était dirigée en avant et vers l'ombilic.

Vices de situation non permanens des reins.

§ 965. A ces vices de situation, on peut rattacher deux séries de faits : 1° les cas de *hernie des reins* à travers les parois de l'abdomen; 2° les cas de *reins mobiles* occasionant des douleurs dans l'abdomen, ou dans les régions lombaires et crurales.

Reins formant hernie.

§ 966. Dans des cas d'éventration congénitale, on a vu le rein sorti hors de l'abdomen. Lacroix (1) rapporte que la paroi abdominale d'un fœtus présentait du côté gauche à sa partie supérieure, une vaste solution de continuité, à travers laquelle étaient sortis le foie, la rate, le rein gauche, l'estomac et les intestins.

Il paraît que les reins peuvent même s'engager à travers des écartemens des fibres musculaires des parois de l'abdomen, faire hernie, et former tumeur sous la peau. A ce sujet, je rappellerai que Monro Junior (2) rapporte que son père et le docteur Farquharson avaient été consultés pour un enfant de six mois qui portait deux tumeurs de chaque côté du dos, recouvertes seulement par la peau. Par un examen attentif, on reconnut que ces tumeurs étaient formées par les reins qui pouvaient facilement être réduits au travers d'un anneau ovale, d'un diamètre considérable.

(1) *Journal hebdomadaire*, 1836, *août*, p. 173.
(2) Monro (Alex.) Junior. *Obs. an crural hernia*, 8°, *Edinburgh*, 1803, p. 8.

Plouquet cite (1) en outre, comme un exemple de hernie du rein, un cas d'hydro-néphrose; du moins le passage qu'il indique (*Acta erudit.* Lips. 1671, p. 71) est-il relatif à une énorme distension des deux reins d'un mouton, observée par Ruysch et décrite dans son *Museum Anatomicum* Amstelod. in-4°, p. 146.

De la mobilité des reins.

§ 967. La mobilité des reins, ou l'état qui leur permet de s'abaisser, de se porter en avant, et d'être refoulés en arrière, ou supérieurement sous le foie, est la source d'accidens variés, notamment de douleurs habituelles dans l'abdomen et dans le membre correspondant; douleurs qui ont été prises pour des coliques nerveuses, pour des phénomènes d'hypochondrie, et parfois même pour des névralgies lombaires-sciatiques. Il y a déjà long-temps que j'ai signalé cette affection à l'attention des médecins, en leur en montrant des exemples. M. Velpeau et Gerdy, mes collègues à l'hôpital de la Charité, MM. les docteurs Bell, Donné, Thirial, de Bouy, en ont vu plusieurs cas dans mon service. J'ai fait reconnaître cette affection des reins à deux médecins assez inquiets sur la nature de douleurs habituelles qu'ils éprouvaient dans le flanc droit, où ils avaient reconnu une *tumeur mobile*, sur la nature de laquelle les avis les plus divers avaient été émis.

Déjà, et très anciennement, quelques remarques avaient été faites sur la *mobilité* des reins et sur les *déplacemens* qu'ils peuvent éprouver; mais ces remarques, d'ailleurs fort incomplètes, dues la plupart à des anatomistes, n'avaient nullement fixé l'attention des médecins. Mesué (2) avait parlé va-

(1) Plouquet (*Litteratura medica digesta*, art. *hernia*).

(2) « Dislocatio accidit quandoque in renibus et vesica plurimum et est ut a proprio removeatur loco et declinet ad dextrum vel sinistrum, inferius tendit magis etc. (Mesue, *Opera omnia.* Venetiis 1561, in-fol. p. 288: de dislocatione renum et vesicæ, cap. 3).

guement de déplacemens (*dislocations* des traducteurs) que les reins et la vessie pouvaient éprouver par suite d'une violence externe ou d'une cause interne; et la plupart des auteurs qui l'avaient suivi avaient particulièrement insisté sur les déplacemens que peuvent éprouver les reins par le fait de tumeur du foie, de la rate, etc.; toutefois, le passage suivant, extrait de Riolan (1), mérite d'être rappelé. « Encor que les reins semblent fortement collés aux lombes, ils ne laissent pourtant pas de pouvoir quitter leur place, d'être demis, et de tomber en devant, quelquefois mêmes ils tombent jusqu'au bas-ventre, ce qui ne se peut faire sans qu'on soit en danger de la vie; ce qui est véritable, qu'il n'en faut douter aucunement. La cause en vient non-seulement de ce que la graisse dont ils sont enveloppés se fond, mais aussi de ce qu'étans devenus trop grands et lourds, soit par une tumeur qui y soit engendrée, soit par une pierre qui est enfermée dedans leur bassinet, ils sont portéz en bas par leur poids, leurs attaches n'étant assez fortes pour les retenir en leur place, d'où il arrive qu'après avoir demeuré quelque temps dans le lieu où ils sont tombés, ils se pourrissent et deviennent pleins d'abcès.»

Obs. I. — Rein droit mobile; symptômes gastro-intestinaux passagers; hypocondrie habituelle.

Pourille (Reine), âgée de 43 ans, journalière, entrée le 13 décembre 1836, à l'hôpital de la Charité.

Cette femme, d'une constitution sèche, d'apparence assez grêle, mais prétendant n'avoir jamais été alitée, se plaint de coliques avec dévoiement, qui la tiennent depuis huit jours.

La langue est sale, un peu rouge à la pointe, blanche au milieu. Il y a de l'inappétence et de la soif. L'abdomen est légèrement douloureux à la pression (la malade a eu hier deux garderobes liquides), point de nausées ni de vomissemens.

(1) Riolan (Jean). *Manuel anatomique et pathologique*, in-12, Lyon 1682, p. 228.

On exerce le palper sur les parois abdominales, et du côté droit, au-dessous du foie, on sent une tumeur dure, lisse, ayant la forme du rein, tumeur dont on peut apprécier les contours. Cette tumeur est mobile : on peut la pousser jusque près de l'ombilic, et pour ainsi dire la prendre dans la main ; puis on peut la repousser jusque sous le foie. La tumeur est tellement isolée du foie, qu'on ne pourrait la confondre, ni avec cet organe, ni avec la vésicule bilaire. Dans la région lombaire correspondante, on sent un vide. La position du rein gauche ne peut être exactement déterminée. La malade prétend qu'elle éprouve des tiraillemens dans le ventre, vers le nombril ; mais elle ajoute que cette douleur lui ceint les lombes ; ses réponses prouvent qu'au dérangement momentané des voies digestives, il faut ajouter un état de souffrance habituelle qui ressemble à de l'hypochondrie.

Ces troubles des fonctions digestives sont accidentels, de sorte qu'on ne peut songer à une tumeur intestinale. Il est impossible de supposer une tumeur flottante dans le péritoine, tant il est facile de juger de la forme du rein, de sa consistance, tant le diagnostic est évident.

Point de douleur dans la cuisse correspondante ; jamais les urines n'ont rien présenté de morbide ; jamais elles ne se sont arrêtées.

La malade a eu une seule grossesse et deux fausses couches. La diète et le repos firent disparaître rapidement la légère affection gastro-intestinale : restèrent les douleurs vraies ou exagérées dans le ventre, le dos, etc., et la tumeur qui ne changeait pas et ne pouvait changer.

Un large emplâtre de diachylum gommé fut appliquée sur la partie antérieure du ventre ; et, sous le prétexte de maintenir en place cet emplâtre, on exerça une assez forte pression autour du ventre, à l'aide d'un bandage de corps. La malade, qui avait affirmé la veille, que le lever et la marche aggravaient les douleurs abdominales, se sentit soulagée après l'application du bandage.

Elle sortit de l'hôpital, le 22 décembre 1836, éprouvant peu ou point de douleur dans le ventre. Mais on remarquait, dans

les réponses et dans la conversation, l'exagération, le défaut de précision et le décousu, si communs chez les hypochrondriaques.

OBS. V. — Déplacement et mobilité des deux reins.

Madame Bigot, âgée de 44 ans, brodeuse, entra à la Charité, le 13 novembre 1836.

Cette femme, petite, grêle, et de constitution délabrée, est boiteuse depuis l'âge de 18 mois, à la suite d'une fracture; elle est de plus un peu contrefaite, et la poitrine est très longue relativement au reste du tronc. Les côtes sont très rapprochées des os des îles. Elle dit être le vingt-septième enfant de sa mère.

Elle prétend n'avoir jamais fait de maladies sérieuses; elle était assez habituellement enrhumée, surtout l'hiver. Depuis onze mois elle vomit, à pleine bouche, du sang très rouge, en abondance et tous les mois. Cette hémoptysie n'est d'ailleurs pas supplémentaire, puisque les règles n'en persistent pas moins aussi bien qu'autrefois.

Elle se plaint de douleurs vagues dans la poitrine; elle tousse, et elle a des sueurs nocturnes. Elle a un peu maigri dans ces derniers temps. A la percussion, le sommet du poumon droit est légèrement mat, et à une auscultation attentive on reconnaît qu'en ce point il existe du râle caverneux, de la toux caverneuse et une légère pectoriloquie. L'autre côté ne donne pas de signes évidens de tubercules.

Il y a un an, la malade ressentit quelques douleurs dans le ventre; elle entra dans un hôpital, et on y reconnut l'existence d'une tumeur au-dessous du foie, vers le milieu du bord antérieur de cet organe. Après avoir vainement essayé des fondans pour obtenir la dissolution de la tumeur, on appliqua un moxa, qui n'eut pas plus de succès (c'était le rein droit).

Les parois abdominales ont une grande laxité (la femme a eu quatre enfans, venus heureusement à terme). En palpant avec soin l'abdomen, on découvre deux tumeurs non douloureuses à la pression. L'une, la droite, située au point que

j'ai déjà indiqué, tumeur mobile, sans adhérences ni aux parois, ni aux organes intérieurs, dure, lisse, laissant apprécier sa forme, qui est celle du rein, tumeur que, par une impulsion forte d'avant en arrière, on peut repousser vers les lombes et sous le foie. Cette tumeur descend jusqu'au niveau de l'ombilic, à deux pouces en dehors de ce point.

Du côté gauche, même tumeur, mais descendant un peu plus bas, et se rapprochant davantage de la ligne médiane. Du reste même mobilité, même consistance. On circonscrit parfaitement bien avec le doigt l'extrémité inférieure du rein, et l'on sent manifestement la scissure. Dans les régions lombaires, dépression correspondante aux points où sont d'ordinaire logés les reins. A part quelques coliques et quelques tiraillemens dans le ventre et dans les reins, ces deux tumeurs n'apportent aucun trouble à l'état de l'abdomen; la langue est nette, l'appétit assez bon; il n'y a ni nausées ni vomissemens; le ventre est tout-à-fait indolent à la pression; les selles naturelles; les urines sont claires, acides; jamais, dit la malade, elles n'ont présenté d'altération, et jamais non plus il n'y a eu de suppression.

Cette femme n'a jamais été atteinte, ni d'ictère, ni de douleurs au foie, ni de fièvre intermittente; et d'ailleurs par la percussion on circonscrit très bien le foie et la rate, en leur lieu et place normales (seuls organes avec lesquels on pourrait confondre les tumeurs rénales). Cette malade, à laquelle nous recommandâmes de soutenir le ventre avec un corset, sortit de l'hôpital au bout d'une quinzaine de jours.

Obs. VI. — Abaissement et mobilité du rein droit, chez une vieille femme atteinte d'une hernie crurale du cœcum.

Une femme très âgée fut reçue dans le mois de mai 1836, à l'hôpital de la Charité, pour y être traitée d'une hernie crurale droite, étranglée. La tumeur, formée par une portion d'intestin, rendait un son clair à la percussion; en examinant la région iliaque du même côté, M. Velpeau rencontra, près de la colonne vertébrale, une tumeur qui se prolongeait dans la fosse iliaque droite; cette tumeur, lisse, polie, avait la forme et la consistance d'un rein. D'un autre côté, si, après avoir appliqué

fortement la main droite sur le colon ascendant, on comprimait fortement la région rénale postérieure avec l'autre main, l'espace compris entre les deux mains était évidemment beaucoup moins considérable que dans les cas ordinaires, où le rein se trouve ainsi naturellement interposé entre elles. Je crus pouvoir affirmer que cette tumeur était un rein déplacé. Cette femme étant morte, à la suite de l'opération et de l'étranglement qui l'avait nécessitée, d'une péritonite hypogastrique et d'une pleurésie, cette opinion sur le siége du rein fut confirmée à l'autopsie du cadavre. La hernie était formée par le cœcum : le rein droit était abaissé de telle sorte, que son extrémité supérieure correspondait à la dernière vertèbre lombaire, tandis que l'inférieure reposait sur la face interne de l'ilium. Les vaisseaux rénaux se dirigeaient de la veine-cave et de l'aorte, de haut en bas, vers la scissure du rein.

Je n'ai pu savoir si ce déplacement du rein était consécutif à la hernie, si le rein avait été entraîné par l'abaissement du cœcum, ou si cette disposition du rein était congénitale. Je n'ai pu déterminer non plus si les douleurs que cette femme éprouvait à la partie inférieure du ventre, devaient être entièrement rattachées à la hernie, ou si le ballottement et la mobilité du rein entraient pour quelque chose dans leur production.

Obs. VII. — Rein droit, mobile, situé plus bas que dans l'état normal; douleur dans la région où cet organe était situé, irradiant dans le bas-ventre; douleurs et faiblesse dans les membres inférieurs.

N..., âgée de 32 ans, née de parens sains, réglée à 11 ans, mariée à 17, avait eu six enfans. Cette femme, qui s'est livrée dans sa jeunesse à de nombreux exercices de corps, depuis dix ans mène une vie très sédentaire. Au mois d'avril 1830, elle fut prise de douleurs dans l'hypochondre droit, et de douleurs et de faiblesse dans les membres inférieurs, qui furent combattues par plusieurs saignées, et par les opiacés et les bains. Au mois d'août 1830, elle quitta l'hôpital de la Pitié, ressentant de la douleur dans l'hypochondre droit; elle partit pour son pays. Deux mois après elle revint, ayant éprouvé de

nouveau les accidens pour lesquels elle était entrée à l'hôpital. La malade retourna une seconde fois dans son pays. Elle revint ensuite à Paris, et, au mois de juin 1831, elle éprouva, pour la troisième fois, les mêmes accidens, et entra à l'hôpital de la Charité, ou elle fut admise, dans mon service, le 20 août 1831.

Le ventre a sa forme naturelle; le foie a son volume ordinaire; mais si, immédiatement au-dessous du bord tranchant de cet organe, on enfonce un peu la main vers la partie postérieure de l'abdomen, on sent une tumeur dont l'extrémité inférieure dépasse le foie de deux pouces environ. L'extrémité supérieure de cette tumeur se dérobe aux doigts qui cherchent à l'atteindre et qui se trouvent arrêtés par le foie. Si on presse de bas en haut, cette tumeur, mobile, remonte et échappe aux doigts qui la poussent, et redescend ensuite à la place qu'elle occupait auparavant. Si l'on presse un peu fortement sur elle directement d'avant en arrière, la pression détermine une douleur locale qui s'irradie ensuite dans le bas-ventre.

Cette tumeur, située un peu obliquement de dehors en dedans, dans la région lombaire droite, avait tout-à-fait la forme et le poli de la surface d'un rein Lorsque la malade faisait une prompte et forte inspiration, la tumeur venait se présenter à la main placée sur la partie antérieure du flanc droit, et on sentait cette tumeur s'échapper des doigts dans l'inspiration; cette tumeur n'avait aucun rapport avec l'ovaire; elle différait aussi beaucoup des matières solides qu'on rencontre quelquefois dans le colon. La fosse iliaque rendait un son clair à la percussion.

Les urines, examinées avec soin, sont d'un jaune clair, et ont la couleur de cette boisson que l'on appelle *coco*. Elles laissent apercevoir, à travers et à la partie inférieure du vase qui les contient, un nuage blanc floconneux, et un sédiment assez abondant de matière jaunâtre qui n'est ni muqueux ni filant, comme dans le catarrhe de vessie. La malade n'a jamais eu d'hématurie ni rendu de graviers. Les urines sont acides et rougissent assez fortement le papier de tournesol. L'émission n'en est point accompagnée de douleur.

La malade éprouvait, en outre, dans le bas-ventre, des dou-

leurs qui se propageaient dans les membres inférieurs (*bains, topiques et boissons rafraîchissantes*). Pensant, lorsqu'elles furent apaisées, que ces douleurs pouvaient dépendre de la mobilité du rein, je conseillai à cette femme de soutenir, par un corset approprié, les parois de l'abdomen relâchées par plusieurs grossesses.

J'ai revu cette femme plusieurs mois après; la tumeur avait toujours la même forme et les mêmes dimensions, et la malade, quoique moins souffrante, ressentait encore des douleurs de temps à autre.

Obs. VIII. — Rein droit très mobile situé près de la région ombilicale et qui donna lieu à plusieurs erreurs du diagnostic (1).

A. S..., négociant, âgé de 36 ans, homme vif et actif, se plaignait, depuis nombre d'années, de dérangement dans les organes et les fonctions de la digestion. Il avait fait usage de beaucoup de moyens, entre autres des eaux thermales de Carlsbad, de Gastein et d'Ischl. Il se trouvait mieux depuis trois ans; mais ce qui l'inquiétait encore, c'était une tumeur qu'il avait découverte au côté droit de la région épigastrique et ombilicale. On pouvait la sentir facilement quand le malade était à jeun et couché dans son lit, et qu'il la poussait en avant en se pressant les flancs; on trouvait sous la main un corps ferme, lisse et indolent, de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule, mais fuyant sous le doigt qui le pressait, lorsqu'on ne le fixait pas par une pression opérée de haut en bas avec la main, et allant alors se cacher en quelque sorte sous le foie. Peu-à-peu cette tumeur augmenta, et on ne put la ramener jusqu'au-devant des vertèbres lombaires. Le diagnostic restant ainsi très obscur, on évita une médication active. Mais le malade, impatienté et hypochondriaque, se mit à l'usage de différens moyens, qui ne sont pas venus à la connaissance du docteur Aberle. Il employa en abondance des bains salins

(1) *Observation d'une tumeur abdominale, dont le diagnostic était très difficile;* par le docteur Aberle, professeur à Salzbourg. (Med. chir. Zeitung, 1826. t. IV, p. 253. — Bulletin des sciences médicales, t. XI, p. 955.)

et ensuite les eaux de Gastein. Là, il fut attaqué d'une fièvre continue qui prit le caractère hectique, et le conduisit à la mort quelques mois après, à la suite de trois accès d'apoplexie, avec hémiplégie du côté gauche.

A l'autopsie du cadavre, on trouva plusieurs suffusions sanguines sous la pie-mère de l'hémisphère droit du cerveau, et un ramollissement avec destruction partielle du corps strié du même côté.

Les viscères thoraciques, le foie et le canal intestinal étaient sains; la rate, très volumineuse, offrait de nombreux tubercules du volume d'une noisette et d'un aspect blanc, caséeux, ou jaune rougeâtre, tant à la surface que dans l'intérieur. Le pancréas était aussi un peu plus volumineux que de coutume, et avait un aspect charnu, sale, mais ce n'était pas lui qui formait la tumeur; celle-ci était produite par le rein droit, qui se trouvait très mobile, dans sa situation normale, et que la pression sur les flancs pouvait déplacer et pousser en avant dans la région ombilicale. Cet organe était assez petit; l'appareil urinaire n'offrait d'ailleurs rien d'anomal, et sa fonction s'était toujours exécutée naturellement. La mobilité du rein paraissait avoir été congénitale, car les vaisseaux offraient une longueur disproportionnée. Les tentatives répétées du malade, pour le déplacer, n'avaient fait qu'augmenter cette disposition primitive. Le rein n'avait pas son enveloppe graisseuse ordinaire, et cette circonstance pouvait faciliter son déplacement.

Obs. IX. — OEdème du membre abdominal droit causé par un rein mobile (Girard. *Journ. hebdom.*, n. 53, p. 445).

Le 3 mai 1831, une fileuse âgée de 47 ans, entra à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. Louis.

Cette femme, d'une taille moyenne, d'une constitution molle, d'une maigreur assez considérable, paraissait plus âgée qu'elle ne l'était en effet. D'une intelligence peu développée, il fallut plusieurs interrogatoires pour obtenir le résultat suivant : il y a 20 ans, elle éprouva une maladie assez longue avec fièvre, soif et douleurs à la poitrine. Il y a cinq ans, angine qui se se-

rait terminée par abcès. Sujette aux rhumes toute sa vie, elle toussait tous les hivers, mais sa toux ne durait qu'une partie de la saison; cette année, la toux, qui a débuté à la fin d'octobre 1830, n'a pas cessé. Depuis cinq ans, sujette à la dyspnée, à des palpitations qui ne revenaient qu'à des intervalles éloignés, elle a beaucoup maigri depuis peu de temps, elle n'a jamais eu d'hémoptysie ni de dévoiement. A la fin d'octobre, accès violens de dyspnée et de la douleur; des sangsues diminuèrent la douleur, mais, la suffocation persistant, elle est obligée de se mettre au lit, qu'elle a toujours gardé depuis. Il y a un mois environ, la jambe et la cuisse droites se sont un peu tuméfiées; ce gonflement était stationnaire, quand le 18 avril, sans cause connue, il s'est étendu rapidement. A la visite du 4 mai, elle présente l'état suivant : facies pâle, jaunâtre, langue naturelle, estomac légèrement météorisé, respiration haletante, toux fréquente, crachats nombreux, ronds, isolés, visqueux, d'une couleur rosée. L'auscultation et la percussion n'indiquaient rien du côté du cœur. Sous la clavicule droite, râle crépitant dans cette région, mais dans une petite étendue; pouls à 108. Ces divers symptômes firent diagnostiquer une légère pneumonie au sommet du poumon droit; ce seul fait rendit très probable sinon certain, l'existence des tubercules. La jambe et la cuisse du côté droit étaient œdematiées et gardaient profondément l'impression du doigt (*Saignée, huit onces, viol. édul. nitrée* (bis), *potion gommeuse, oxymel scillitique, deux onces et demie, trois bouillons*).

Le lendemain, le râle crépitant avait disparu en très grande partie, mais il restait du gargouillement et de la matité; la couleur rosée et la viscosité des crachats étaient moins considérables.

Le 10, pouls à 96. Dyspnée moins considérable; la tuméfaction s'étendait jusqu'au pli de l'aine (*Deux soupes, un œuf et une mouillette de pain*).

12 mai (1 *grain de digitale, en pilule*), faiblesse considérable.

Cet état persista jusqu'au 16; elle éprouva ce jour-là, une légère douleur au côté droit de la poitrine; la faiblesse était si grande, qu'on ne put pratiquer l'auscultation; cette faiblesse

empêcha d'employer aucune médication antiphlogistique. L'œdème était considérablement augmenté, il s'étendait jusqu'à la base de la poitrine, où les tégumens formaient une tumeur volumineuse qui pendait vers la partie postérieure du corps à cause de la position horizontale; la dyspnée alla en augmentant jusqu'au vingt-et-unième jour que survint la mort.

Autopsie faite vingt-six heures après la mort.

Aspect extérieur. Couleur jaunâtre répandue sur tous les tégumens, jambes et cuisse droites très volumineuses, près du double de l'autre membre, la tuméfaction s'étend jusqu'au milieu de la poitrine à droite, ne dépassant pas la ligne blanche.

Tête. Un peu de sérosité dans l'arachnoïde et les ventricules; encéphale sain.

Poitrine. La cavité droite laisse échapper une quantité considérable de sérosité parfaitement citrine. Cette cavité se trouve partagée en deux par une fausse membrane qui prend naissance à-peu-près, à la base du lobe supérieur, et s'étend horizontalement vers la paroi de la poitrine, où elle se fixe. La cavité supérieure est plus petite à cause de filamens de fausses membranes, qui vont du poumon aux parois de la poitrine, et qui sont de récente formation. La cavité inférieure est remplie par la sérosité qui refoule le lobe inférieur vers la colonne vertébrale. Le poumon contient un grand nombre de tubercules la plupart ramollis; il y a aussi cinq à six cavernes du volume d'une aveline; le poumon gauche contient également des tubercules, mais en moins grand nombre. Le cœur est sain; il n'y a dans le péricarde que quelques cuillerées de sérosité.

Abdomen. Estomac un peu plus volumineux que de coutume, d'ailleurs sain; il en était de même des intestins, qui étaient seulement distendus par une quantité considérable de gaz. Quelques glandes mésentériques tuberculeuses, mais non ramollies. Le rein gauche était situé à sa place accoutumée; mais le rein droit présentait une anomalie remarquable : le péritoine, au lieu de passer seulement sur la face antérieure, l'enveloppait de toute part excepté à la scissure, et lui formait ainsi un véritable mésentère qui avait près de deux pouces de

longueur. Le rein se trouvait ainsi flottant dans l'abdomen au niveau de la troisième vertèbre lombaire, et à la partie interne du colon ascendant, qui, rempli de gaz, l'appliquait fortement contre la veine cave inférieure. Celle-ci présentait dans cette partie un sillon considérable, et au-dessous un renflement qui doublait presque son volume. Saine depuis le cœur jusqu'à ce renflement, elle offrait au-dessous un véritable tissu aréolaire ou caverneux, semblable à celui de la verge, qui remplissait toute la cavité du vaisseau, et s'étendait à deux ou trois pouces du pli de l'aine. La veine crurale et la saphène avaient leur diamètre naturel. Ce rein mobile ne présentait rien de morbide; tous les autres organes, foie, rate, organes génitaux et urinaires, étaient sains.

Obs. X. — Rein droit mobile; douleurs abdominales se propageant dans le ventre et dans la direction des nerfs cruraux.

Une ouvrière en bonnets, âgée de 22 ans, d'un teint pâle, d'une constitution faible, entra à l'hôpital de la Charité le 17 avril 1836 (elle s'y ennuya et en sortit dès le lendemain). D'une santé assez délicate, irréglièrement menstruée, elle se souvient d'avoir été malade, il y a sept ans, pendant deux mois, mais sans pouvoir préciser l'affection dont elle fut atteinte. Elle n'a jamais eu de dartres, ni rien présenté d'anomal du côté des urines. Depuis trois ans environ, elle est toujours malade : elle a des douleurs vives dans le ventre, et sent, en marchant, un poids dans l'abdomen du côté droit. Au début de cette affection, elle était dans le service de M. Bouillaud; elle se rappelle qu'elle souffrait beaucoup dans le ventre et qu'elle avait de la diarrhée sans vomissemens. Elle guérit de l'acuité de son mal (par des bains, des cataplasmes et des sangsues), mais une douleur sourde persista.

Cette douleur s'exaspérait à certaines époques. Depuis trois semaines surtout, elle a pris une nouvelle intensité; elle est vive, surtout au côté droit, et elle s'étend dans la cuisse gauche, en avant, suivant le trajet du nerf crural, jusqu'au genou, de manière à simuler une névralgie crurale. Elle est accompagnée de vomissemens depuis plusieurs jours.

L'abdomen est couvert de traces de sangsues, principalement dans le flanc droit ; en le comprimant, on détermine une légère douleur. Si on presse la région du rein droit, on rencontre en avant une tumeur qui semble au toucher avoir la forme de l'extrémité inférieure du rein. Cette tumeur est tout-à-fait lisse et dense comme cet organe. En imprimant un choc à l'abdomen, dans le point où on la sent, on la rend mobile, on la fait se porter en arrière sous le foie, puis revenir sous la main (j'ai supposé la malade sur le dos). Si maintenant on le fait changer de position et se mettre sur le flanc gauche, on retrouve encore la tumeur; elle s'est rapprochée de la paroi antérieure de l'abdomen; elle s'est rapprochée aussi de la ligne médiane. Cette tumeur, étant située moins profondément, est encore plus sensible à la main, qui reconnaît parfaitement qu'elle a une densité et un poli exactement semblables à ceux du rein. Lorsque la malade est ainsi placée, on cherche vainement en arrière, sur le côté droit de la colonne vertébrale, la partie inférieure du rein, qui, chez les sujets dont l'embonpoint n'est pas considérable, est ordinairement appréciable à l'état normal. Respiration naturelle, léger mouvement de fièvre (70 pulsations par minute).

On fut donc porté à croire qu'il existait un déplacement du rein droit, par l'absence du rein de sa place ordinaire, par la présence d'une tumeur du côté droit, laquelle était mobile, dense, à surface unie, et présentait, autant qu'il était possible d'en juger à travers la paroi abdominale, la configuration du rein, enfin par les accidens qui reviennent à certains intervalles (pesanteur dans l'abdomen, douleur vive qui se prolonge jusqu'au nerf crural), et qui peuvent être produits par les tiraillemens qu'occasionnent le déplacement et la mobilité du rein.

En percutant sur le foie, on limite cet organe, et l'on s'assure qu'il n'a point de connexion avec la tumeur.

L'utérus, exploré à travers l'abdomen et par le vagin, ne présente aucune altération.

Obs. XI.—Déplacement et mobilité du rein droit, porté en avant et en bas.— Péritonite et entéro-colite.

Marie-Anne Blot, femme Fadiaux, âgée de 51 ans, journa-

lière, entrée le 27 janvier 1841, au n° 4 de la salle Saint-Vincent, n'est plus réglée depuis dix ans; elle n'a jamais eu d'enfant, et n'a jamais eu de flueurs blanches, que pendant cinq ou six mois après la cessation des menstrues. Domestique durant vingt-cinq années, elle est depuis treize ans employée à travailler le tabac à la manufacture royale. Outre cet état sédentaire, qui est déjà fatigant par la position qu'il exige, elle portait des fardeaux considérables. Quoiqu'elle n'ait jamais fait de grandes maladies, et qu'elle ait toujours été bien réglée, elle a considérablement maigri, surtout depuis qu'elle est employée aux tabacs, sans qu'elle souffre pourtant de son ouvrage.

Il y a cinq mois qu'étant allée laver, elle se sentit très fatiguée d'une douleur dans le flanc droit, dans les reins et dans la hanche. Cette douleur se passa. Mais au bout de quelque temps, voulant soulever une manne, elle ressentit la même chose. Et environ un mois après, elle fit une chute sur le côté gauche, et à ce moment elle éprouva un tiraillement assez fort et beaucoup plus pénible dans le côté droit. Bientôt la douleur s'étendit dans la jambe, le long de la partie postérieure de la cuisse, dans le jarret, et jusqu'à la cheville droite. La marche, la fatigue, la position assise, la provoquaient également. Elle augmente peu-à-peu; et prenant son point de départ dans le flanc droit, elle s'irradie jusque dans les grandes lèvres. La malade la compare à un pincement qui lui tord le ventre, mais qui est invariablement fixé au côté droit. Couchée sur le dos, elle ne souffre pas. Quand elle veut se tourner dans le lit, c'est surtout dans les reins, vers le muscle carré des lombes qu'elle ressent une vive douleur. La pression à l'hypogastre n'est pas douloureuse; en arrière, au point où le nerf sciatique sort du bassin, elle détermine une douleur qui retentit jusqu'au pied. Au niveau du muscle carré des lombes, si on presse la paroi antérieure de l'abdomen, on ne fait pas souffrir la malade; mais, lorsqu'on place les mains l'une en arrière et l'autre en avant, au-dessous des fausses-côtes, à quatre travers de doigts de l'épine iliaque, on sent une tumeur arrondie, parfaitement lisse et polie, qu'il est

facile de reconnaître pour l'extrémité inférieure du rein. Il est à remarquer qu'en pressant un peu fortement on fait fuir ce viscère, qui est mobile sous le doigt. Cette manœuvre ne s'opère pas sans de vives souffrances pour la malade, souffrances qu'elle dit s'étendre jusqu'au jarret. Elle va habituellement bien à la garde-robe; à l'hôpital elle est constipée. Le seul trouble notable qui se montre dans ses fonctions, est une sueur qui arrive par bouffées de chaleur, à des intervalles irréguliers. L'urine couleur jaune-clair ne donne pas de précipité par l'acide nitrique ni par la chaleur. Pas d'acide urique libre, ni de graviers; réaction acide (*Ventouses scarifiées*). Le soulagement apporté par les ventouses n'est pas durable.

Le 6 février, dix jours après son entrée à l'hôpital, en revenant du bain, cette femme, qui ne s'était plainte que de sa douleur habituelle, limitée au flanc droit et au trajet du nerf sciatique, et qui n'avait pas mangé, ni commis aucune imprudence avant d'entrer dans l'eau, fut prise de vomissemens et d'évacuations alvines considérables. Les traits sont renversés, les lèvres bleues, la peau froide, la langue blanche, le pouls petit; la malade vomit continuellement des matières glaireuses, blanches, après avoir rendu un liquide verdâtre porracé. Les selles sont noires, sanguinolentes, très fétides; plus tard elles sont devenues plus liquides et moins colorées. Le ventre n'est pas tendu; il est rétracté, et la paroi antérieure en est facilement appliquée sur la postérieure. Le volume des intestins semble diminué; et l'on sent plus facilement que de coutume le rein droit déplacé et mobile. La pression n'est pas plus douloureuse qu'à l'ordinaire; mais la malade accuse un accablement général et une souffrance extrême (8 *ventouses sur le ventre*; 2 *pilules de* $0^{gr},05$ *d'opium*; *cataplasme aux jambes*).

Le 7, même état, quoiqu'avec un peu moins de violence. Vomissemens bilieux, diarrhée persistante (*Lavement laudan.*; *eau de Seltz*).

Le 8, abattement général, nausées continuelles; plus de vomissemens; l'estomac est fatigué, et il est le siége de tiraillemens

douloureux. Le pouls est petit, la peau sans réaction, la face anxieuse. Le dévoiement est considérable; le ventre commence à devenir sensible (*Même prescription*).

Le 10, la malade a repris un peu de calme. La peau se couvre de sueur, mais la diarrhée ne disparaît pas.

Le 15, cette amélioration ne se soutient pas. La malade est abattue. La face est jaune; la bouche est mauvaise, la diarrhée continuelle. La peau sèche (*Laudanum; cachou*).

Le 18, affaiblissement, douleurs de ventre, sueurs et diarrhée (*Vésicatoire sur le ventre*).

Le 25, les vomissemens reviennent; anxiété, fièvre continue.

Cette femme va en s'affaiblissant de plus en plus. Les vomissemens ne cessent pas; elle tombe dans le marasme; enfin après deux mois de séjour à l'hôpital, elle sucombe, le 3 avril, à 4 heures du matin.

Autopsie du cadavre, le 4 avril à 9 heures. L'amaigrissement est extrême, et, en cherchant de nouveau la tumeur constatée pendant la vie dans le flanc droit, on sent encore très bien l'extrémité arrondie et lisse du rein que l'on refoule aisément en haut et en arrière.

En ouvrant l'abdomen, on trouve la masse intestinale réunie par des adhérences nombreuses et intimes. Toute la surface péritonéale des intestins est injectée, épaisse, et l'épiploon forme un paquet d'un rouge vif, comme enveloppé d'une membrane tomenteuse. Il n'y a pas d'épanchement séreux ni purulent, mais, dans quelques points, des pseudo-membranes plus ou moins bien formées; l'utérus, le foie et la membrane muqueuse intestinale présentent les traces de la plus vive inflammation. Dans toute l'étendue du gros intestin, mais surtout dans la dernière portion, la membrane muqueuse est épaissie, chagrinée, boursouflée, et d'un rouge de framboise. Cette altération va en diminuant jusqu'au cœcum. Elle reparaît au-dessus de la valvule, dans l'iléon, qui est aussi le siége d'une phlegmasie des plus aiguës. Elle ne se prolonge pas dans le jéjunum ni dans la partie supérieure du tube digestif. Çà et là on voit quelques petites ulcérations superficielles. Les plaques de Peyer ne sont pas malades.

Le foie, d'un volume considérable, à aspect granuleux, et fortement hypérémié, descend très bas; il atteint la crête iliaque par une languette étroite et peu épaisse, qui est aussi directement en rapport avec la paroi abdominale, latérale, droite. Le développement de cet organe a chassé le rein correspondant et l'a déplacé, de telle sorte que ce dernier a pris des rapports nouveaux. Poussé de haut en bas, mais surtout d'arrière en avant, il est venu se placer superficiellement sur les côtés, mais presqu'au devant de la colonne vertébrale, dans l'angle obtus formé par la veine iliaque et la veine cave, qui lui confinent toutes deux exactement; en dehors, il est embrassé par le prolongement du foie, qui ne recouvre que son bord externe, mais nullement sa face antérieure, laquelle est libre dans sa moitié inférieure, et cachée par le foie en haut seulement; en arrière, il repose sur l'espèce d'angle saillant en avant que forment les muscles qui occupent la fin de l'abdomen et le commencement du bassin, et s'insèrent les uns inférieurement, les autres supérieurement à la crête iliaque; enfin, son extrémité inférieure s'étend jusqu'au milieu du cartilage qui sépare la quatrième vertèbre lombaire de la cinquième. Il résulte de cette disposition que l'extrémité inférieure du rein droit est en rapport immédiat avec la paroi abdominale antérieure, et placée sur un plan incliné d'avant en arrière, ce qui explique la facilité avec laquelle on sentait sous la main et on refoulait cet organe en arrière. Ce n'est pas que sa mobilité fût augmentée d'une manière insolite par une laxité plus grande de ses attaches vasculaires ou de son enveloppe péritonéale; la disposition des vaisseaux était la même; seulement le trajet en était plus direct et plus court. On conçoit aisément comment le seul fait de l'abaissement du rein permettait de lui faire exécuter, par la pression ou la percussion, des mouvemens qui ne sont pas ordinairement possibles.

Le rein du côté gauche a conservé sa place et ses rapports habituels. Il est beaucoup plus profondément caché sur les côtés et en arrière de la colonne vertébrale; il descend jusqu'au cartilage de la troisième à la quatrième vertèbre lombaire. Il n'est pas par conséquent beaucoup plus élevé que le droit, et

l'on voit que ce qu'il y a de notable dans celui-ci, c'est moins encore l'abaissement que le déplacement en avant.

Le poids, la forme et la longueur relatives des deux reins présentent aussi quelques particularités. Le rein droit pèse seulement 80 grammes, l'autre 150 grammes; il est beaucoup plus court que le gauche, qui présente $0^{m},04$ de plus en hauteur. Sa forme est aussi légèrement changée. Son extrémité supérieure est moulée sur le foie, et véritablement aplatie par ce contact qui lui a donné une coloration verdâtre, et limitée à la partie de l'organe qui est recouverte par le foie. Il présente encore une convexité antérieure et une concavité postérieure, qui répondent à sa position sur un plan doublement incliné et saillant en avant. — Enfin, si on compare sa structure intime à celle de son congénère, celui-ci semble présenter un développement plus considérable de la substance tubuleuse, qui est manifestement hypérémiée. La capsule surrénale du côté droit n'a pas suivi tout-à-fait le rein dans son déplacement, et, détachée de son extrémité supérieure, elle est restée appliquée contre les attaches supérieures et internes des muscles carrés des lombes. Celle du côté gauche n'a pas quitté le rein avec lequel elle est en rapport.

§ 968. En résumé, la mobilité des reins constitue un état morbide qui a été peu étudié et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément. Le rein droit est presque exclusivement le siège de cette anomalie; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Le plus souvent, elle coïncide avec une augmentation de volume du foie, avec un déplacement de l'intestin ou avec un déplacement de l'utérus; elle peut aussi être la conséquence d'une disposition particulière du péritoine, d'une déviation du rein, d'une flexuosité de ses vaisseaux, etc. Des grossesses multipliées, des efforts pour porter ou soulever des fardeaux, ont paru, dans quelques cas, être la cause de ce déplacement du rein droit, qui, dans d'autres cas, n'a pu être expliqué.

Une douleur dans la région lombaire droite, se propageant quelquefois dans la direction des nerfs lombaires et cruraux, douleur qu'on peut réveiller, lorsquelle est assoupie, en compri-

mant le rein avec les doigts de la main droite, la main gauche soutenant les lombes en arrière, et un sentiment habituel de faiblesse et de malaise dans le bas-ventre, sont les symptômes les plus ordinaires de cette maladie. Parfois il s'y joint les phénomènes d'une péritonite déterminée probablement par les tiraillemens qu'entraîne la mobilité du rein. D'autres fois ce sont comme des coliques nerveuses et d'autres accidens analogues à ceux dont se plaignent les hypochondriaques, surtout lorsque les malades, en s'explorant le ventre, y ont rencontré une tumeur sur la nature de laquelle ils sont d'autant plus inquiets que le plus grand nombre des médecins ne la connaissent pas. J'ai déjà dit que deux médecins atteints d'une semblable mobilité du rein droit, étaient tombés dans un grand découragement, et que l'un d'eux, effrayé de ce qu'il portait une tumeur dans le ventre, tumeur qu'il croyait être une lésion organique, avait quitté momentanément sa profession. Il est inutile de rappeler que les traitemens les plus bizarres et quelquefois les plus douloureux, ont été appliqués à ces prétendues tumeurs. L'expérience m'a démontré qu'il suffisait le plus souvent de maintenir le ventre par une ceinture convenablement appliquée pour faire cesser ou rendre supportable la douleur occasionée par un rein mobile. Dans deux cas où cette mobilité coïncidait avec un abaissement de l'utérus, le repos sur un lit horizontal et l'emploi de douches sulfureuses en arrosoir ont été très salutaires.

Lorsque les douleurs lombaires sont très aiguës, et lorsqu'il existe des symptômes de péritonite ou d'entérite concomitantes, l'application d'un certain nombre de sangsues ou de ventouses scarifiées, des topiques émolliens et narcotiques et les bains tièdes peuvent être momentanément utiles.

Les exercices du corps, la course, la danse, le saut, l'équitation sont nuisibles; la constipation, lorsqu'elle existe, doit être combattue par des laxatifs pour prévenir les douleurs qu'amènent souvent les efforts de garde-robes.

Vices de configuration des reins.

§ 970. La forme des reins peut être plus ou moins différente de l'état normal, par le fait d'un vice primitif ou congénital de conformation; elle peut être aussi diversement altérée à la suite de plusieurs affections du rein ou des organes voisins.

On a vu, chez le fœtus, les reins non composés de lobules. D'un autre côté, le rein conserve quelquefois sa forme lobulaire chez l'adulte et dans un âge plus avancé : au moins présente-t-il, sans altération de texture, deux ou trois lobes séparés par des sillons. J'ai figuré (Atlas. Pl. xli, fig. 4), un rein aplati d'avant en arrière, par suite d'une compression que la capsule surrénale, énormément distendue, avait exercée sur cet organe. On a représenté (Atlas. Pl. xxxix, fig. 4), un rein gauche dont les deux tiers inférieurs avaient été singulièrement aplatis par la rate tuméfiée.

L'atrophie et l'hypertrophie non consécutives à des cas pathologiques appartiennent seules, à proprement parler, aux vices de conformation des reins. J'ai représenté (Atlas. Pl. xxxv, fig. 1) un cas dans lequel le rein et l'artère rénale du côté gauche étaient beaucoup plus volumineux que l'artère rénale et le rein du côté droit; le poids de ces deux reins, inégalement développés, égalait celui de deux reins bien conformés et du même âge. L'hypertrophie d'un des reins parut, dans ce cas, être la conséquence du peu de développement de celui du côté opposé. Quant aux atrophies et aux hypertrophies accidentelles et consécutives à diverses maladies, j'ai fait connaître ailleurs les causes et les apparences de ces déformations (§ 816, 822).

L'étude des vices de configuration des reins intéressant peu le pathologiste, je ne m'y arrêterai pas davantage.

FIN DU TROISIÈME VOLUME ET DES MALADIES DES REINS.

TABLE

DU TROISIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

